Rok L. Kraków, dnia 21. października 1911. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W jakich postaciach występuje trachoma?*)

Przez

Prof. Bol. Wicherkiewicza.

(Referat wygłoszony w sekcyi okul. XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Pojęcie trachom (od τραχύς szorstki) łączy się z powstawaniem znamiennych wyniosłości mniejwięcej licznych na całej spojówce powiek i załamków.

Wobec podobnych do siebie tworów, które raz uchodzą za trachomę, a w danym razie za jaglicę, to znowu za zapalenie mieszkowe, klinicznie tak odmienne, wśród tych, co na licznym materyale umieli wyrobić sobie zdanie, powstały dwie szkoły, unitarystów, którzy oba twory uważają za jedną i tę samą postać choroby, i dualistów, upatrujących ważną różnicę między mieszkami a jagiełkami.

Rozpatrzmy się w zapatrywaniach wygłaszanych choćby tylko w ostatnich czasach.

Horner, może najpoważniejszy reprezentant unitarystów, przypuszczał, że zapalenie mieszkowe jest wynikiem miazmatycznego zakażenia tkanki adenoidalnej, a jaglica — produktem zakażenia wydzielinowego przez zarazek, i to spojówki, przez miazmat przygotowanej, z czego wypływało by, że zapalenie mieszkowe jest okresem wstępnym do zapalenia jagliczego. Takie pojęcie zwalcza Schmidt-Rimpler, słusznie podnosząc, iż jaglica powstaje często na spojówce poprzednio zdrowej. Ze starszych okulistów zaliczają się również do dualistów Schweiger, Michel, Hirschberg i inni. Z młodszych Greef (Studien über epidemische Augenkrankheiten p. 115), mówiąc o błędnych zapatrywaniach unitarystów, przyjmujących przemianę mieszków w jaglicę pisze: »Wer modern naturwissenschaftlich denkt, kann diesem Grundsatze auch nicht mehr huldigen«.

Ostrożniejszy Kuhnt (Ueber die Therapie der Conj. gran. Kl. Jahrb. BVI. p. 421), dualista, twierdzi, że pytanie, czy jaglica, a zapalenie mieszkowe są sprawami różnemi, względnie czy zapalenie mieszkowe jest chorobą odrębną, tylko w okolicy wolnej od jaglicy rozstrzygnąć można.

Adamuck (Rusk. Wiest. oftm. 1892 p. 361) powiada, że każda spojówka posiada mieszki, które przez podrażnienie mogą ilościowo i co do wielkości wzmagać się, ale są wręcz odrębne od jaglicy, pojawienie się zaś ich na spojówce powiekowej zawsze zależnem bywa od swoistego zarazka jagliczego; nadto daje wyraz przekonaniu, że chociażby zapalenie mieszkowe powodował jakiś zarazek, to musi on być odrębnym od zarazka jaglicy. Tegoż zdania jest Wecker i Masselon (Traité d'ophthalm.).

Wogóle przyznać trzeba, że dziś już grono zwolenników identyczności patologicznych objawów tych dwóch obrazów klinicznych bardzo zmalało. To też dziwić się trzeba, że na międzynarodowym Zjeździe w Moskwie Lawrentiew zapewniał, że lekarze wojskowi moskiewscy należą do obozu unitarystów, których już trudno znaleść w gronie poważnych badaczy na polu okulistycznem. Właśnie lekarze wojskowi w tych krajach, gdzie choroba jest prawie powszechną, powinni umieć wyrobić sobie miarodajne zdanie,

Słusznie jednak znowu unitarysta Walter, uczeń Raehlmana, (Conj. follic. u. Trachom, Arch. f. Aughlk. t. 39 p. 68) mówi o dualistach: »Dabei sind die Angaben sehr wenig praecise, besonders, wo es sich um die Unterscheidung der schweren Formen von Conj. follicularis von den leichten Formen des Trachom oder der Conj. granulosa handelt«.

Unitaryści mają słuszność (Walter p. 70) żądając, żeby

*) Wyraz j a g l i c a jako współznaczny nazwie greckiej Τραχωμα uważam za niewłaściwy, gdyż trachoma odpowiada pojęciu zbiorowemu pewnych chorobowych objawów ocznych, które połączone są mniej więcej ze szorstkością spojówki i rogówki, gdy wyraz j a g l i c a odpowiadać winien tylko jednej postaci tejże choroby. Dla ściślejszego określenia choroby dawano jej, jak to w podobnych razach bywa, rozmaite równoznaczne nazwy, ale zawsze niedokładne, nie odpowiadające istocie rzeczy. I tak »ophthalmia aegyptiaca«, przeciw której to nazwie bronią się Egipcyanie współcześni, twierdząc, że choroba ta istniała od niepamiętnych wieków w całym świecie, a do Egiptu zawleczona została z Europy. Dalej »ophthalmia militaris aut bellica«, także niesłuszna nazwa, bo nie samo wojsko niem bywa dotknięte. Jeszcze niestosowniejszą jest nazwa »ophthalmia contagiosa« zapalenie oczu zaraźliwe, bo zaznacza tylko jedną choroby właściwość, wspólną wielu innym chorobom.

Błąd popełniony przez naszych purystów powtórzyli Niemcy, nazywając równie niewłaściwie chorobę tę K o e r n e r k r a n k h e i t.

Tymczasem wyraz »trachoma« zyskał sobie prawo obywatelstwa w najrozmaitszych językach europejskich — u Francuzów, Anglików, Hiszpanów, Włochów, no i oczywiście u Greków. Nie widzę więc potrzeby wprowadzania innej nazwy i do tego nieścisłej do naszego języka, gdy tamta utarta odpowiada pewnemu ścisłemu pojęciu, a przytem stała się międzynarodową własnością.

Oczyszczanie wyrazownictwa lekarskiego z dawnych naleciałości obcych nie powinno wszak dziać się kosztem ścisłości pojęć.

Używam więc z powyższych względów na określenie wiadomej choroby ocznej wyrazu greckiego z polską odmianą.

W.

na podstawie anatomiczno-patologicznej wzgl. bakteryologicznej zaznaczyć dualizm klinicznych różnych postaci. Dzisiejsze atoli metody badania nie mogą mimo subtelności dać dość pewnych podstaw pod względem bakteryologicznym, jakto się pokazało z poprzednich referatów. Znowu więc nadzieje nasze, jak tyle razy poprzednio, rozwiały się.

A badania histologiczne? One niewątpliwie już nieco więcej rzucają światła, ale trudno w celu rozpoznawczym uciekać się dopiero do wycinania spojówki dla ustalenia rozpoznania. Nawet gdybyśmy chcieli podejmować tę żmudną pracę, a chorych przykrym poddawać zabiegom, to i tu zdania będą podzielone, bo wedle Saemischa mieszki są nagromadzeniem tkanki limfoidalnej z otoczką, gdy jagiełki mają być naciekami ogniskowymi bez takiej otoczki Wedle innych one posiadają ją, a nadto drobne włoskowate naczynia, dające im właśnie barwę czerwonawą.

Podawanie znamiennych dla mieszków rzeczy, a mianowicie, że one nigdy nie przechodzą w tkankę bliznowatą, ani nie prowadzą do zajęcia chrząstki a nawet rogówki, odpowiada istocie rzeczy, ale to wszystko usuwa rozpoznanie na dalszą metę, gdy nam chodzi często lub chodzić powinno o natychmiastowe rozpoznanie choroby i dla leczenia i dla higieny i dla rokowania.

Potrzeba nam więc koniecznie pewnych znamion, któreby w przybliżeniu przynajmniej rozpoznanie umożliwiały Gdzie ich szukać?

M i e s z k i występują bez wybitnego przerostu ciałka brodawkowego albo na spojówce prawidłowej, albo zapalnie przekrwionej, są mniej więcej równej wielkości, oddzielnie nie zlewają się, ułożone w rzędach równych. W przewlekłych przypadkach ograniczają się do dolnego załamka, a gdy w górnym się pojawiają, natenczas tylko przy kącikach oka, w ostrych zaś mogą zająć całą powiekową spojówkę. Ale też wtenczas rozpoznanie na razie staje się często niemożliwe. G r a n u l a c y e czyli j a g i e ł k i wielkości rozmaitej pojawiają się w rzędach nieregularnych i często w kilku warstwach, dławiących się wzajemnie, są barwy więcej czerwonawej lub czerwonawo-szarej, a na spojówce górnej powieki nieraz ich rozwój śledzić możemy, gdyż powstają w postaci żółtych punktów, które tutaj zamieniają się tylko w granulacye nie bardzo wystające. Cała spojówka powiek bywa tu zajęta, bo gdzie niema jagiełek, tam znajduje się silny przerost ciała brodawkowego. Pojawiają się one wyjątkowo także i na spojówce gałkowej, a najrzadziej na załamku półksiężycowatym, co może odnieść należy do nabłonka brukowego, dającego więcej odporności. Rozwój jaglicy zazwyczaj bywa bardzo powolny. Niejednokrotnie przypadkowe dopiero badanie obecność jego stwierdza.

W przypadkach, niezbyt częstych, gdy jaglica występuje z samego początku o s t r o, albo gdy przewlekła przybiera nagle ostrą postać, wzmagają się podmiotowe objawy, a mianowicie palenie, pieczenie, ciśnienie, światłowstręt. Spojówka powiek nabrzmiewa, a staje się więcej soczystą; wśród nabrzmienia jagły pozornie giną, a tu i owdzie występują nieraz drobne wynaczynienia.

Obraz to więc podobny do ostrego zapalenia, wywołanego przez pewne drobnoustroje, o których jeszcze będzie mowa, tylko, że gdy w takich przypadkach po 3—4 tygodniach przy odpowiedniem leczeniu objawy te ustępują, a powraca stan prawidłowy, to w razie ostrej jaglicy trwają one dłużej i przechodzą w stan przewlekły.

I dziś jeszcze ostrego zapalenia jagliczego niektórzy autorzy nie uznają. Wecker wprost zaprzeczał jego istnieniu, a tak biegły w bakteryologii ocznej Axenfeld żąda dowodu możliwości wystąpienia jaglicy ostrej. Jeżeli jednak zwrócimy na to uwagę, że Saemisch w okresie 10 lat obserwował 106 przypadków czyli 0·6%, w których ponowne najskrupulatniejsze badanie nie mogło wykryć wtórorzędnego zakażenia, to chyba to uznać trzeba za dowód niezbity takiej postaci jaglicy.

Saemisch mniema, że przy ostrej postaci jaglicy tem słabsze pozostają blizny, im prędzej choroba przebiegła.

Skoro ponowne badania bakteryologiczne nie wykażą w ostrych postaciach ani drobnoustrojów Koch-Weeksa czy pneumokoków, dalej prątka grypy, czy prątka dwoistego Moraxa i Axenfelda, czy innych drobnoustrojów, przypuszczać chyba trzeba, że nieoznaczony jeszcze zarazek jagliczy albo dostawszy się w większej ilości, albo napotkawszy na grunt podatny, wywołuje ostre zapalenie. Takiemu to zapaleniu niejednokrotnie ulegają lekarze, czy to przez własną nieostrożność, czy też przez nieszczęśliwy zbieg okoliczności, np. pryśnięcie zaraźliwej wydzieliny przy wyciskaniu jagiełek. Znam kilka takich właśnie przypadków, gdzie sprawa ostro wystąpiła i długo się wlokła, a zawsze kończyła się bliznami.

Takie zapalenia jaglicze występują nierzadko w postaci ostrego zapalenia mieszkowego, to znowu dają naciek więcej galaretowaty, wskutek czego tę postać Niemcy nazwali »sulziges Trachom«. W nowszych czasach pisano dużo o nieznanej przedtem postaci zapalenia spojówki, dziś doskonale klinicznie określonego przez Parinauda i dlatego jego imię noszącego. Lubo etyologia i zejście choroby zupełnie wyróżniają tę chorobę od jaglicy, to jednak powstać może zamieszanie wobec wyniosłości, rozsianych na spojówkach powiek, a podobnych do jagiełek, jak o tem świadczy przypadek, opisany przez Greefa (Arch. f. Auhkl. 1892), w którym to jednak przypadku dalszy przebieg z zupełnem wyleczeniem bez najmniejszych blizn przemawiał przeciw jaglicy, a za ową nową postacią chorobową Parinauda.

Zachodzić mogą jednak niekiedy wątpliwości co do natury tej choroby, gdy objawy dotyczą osobnika, dotkniętego wybitną jaglicą, jak to się zdarzyło w przypadku Carliniego [1]).

Nie mam zamiaru wchodzić w szczegóły rozpoznania różniczkowego obu chorób, bo to leży poza zakresem mego zadania, ale niech mi jednak wolno będzie zwrócić na to uwagę, iż dziwnym zbiegiem okoliczności pomyłki zachodzą. Sam miałem sposobność przekonać się, iż jaglicę brano za chorobę Parinauda, chociaż obraz kliniczny tej choroby już sam Parinaud tak dokładnie przedstawił, iż trudno go czemś nowem uzupełnić, a trudno także choroby tej nierozpoznać, zwłaszcza jeżeli uwzględnimy przytem i wywiady. Wiadomo zaś wedle dotychczasowych spostrzeżeń, iż zwierzęta domowe, jak pies, kot, a więcej jeszcze mieszkańcy

---

[1]) Carliniego: L'adenopatia poligangliare della conguuntivite infettiva di Parinaud in un caso di trachae. (La clinica oculistica. 1907).

obory narażają człowieka na tę pod względem przebiegu klinicznego ciężką chorobę, ale pod względem rokowania łagodną, bo nie pozostawiającą żadnego po sobie śladu. Ostatecznie wszelkie wątpliwości rozprószy badanie anatomiczne i bakteryologiczne, lub doświadczenie na zwierzętach.

Podobny do jaglicy obraz daje niekiedy gruźlica. Jednak tu guzki spojówkowe mają barwę więcej żółtawą, poza tem występuje gruźlica częściej po jednej tylko stronie. Gruczoły nabrzmiewają przy uchu, pod szczęką i po stronie zajętego oka. Sprawa przechodzi łatwo i na chrząstkę, która grubieje, mniej natomiast, a przynajmniej nie tak wcześnie, na rogówkę; tu znowu nie jako łuszczka, ale w postaci guzków, lekko nad powierzchnię wystających.

Znamienny przypadek miałem niedawno u 14-letniej dziewczynki, gdzie guzki gruźlicze tworzyły kilkowarstwowy pokład, tak na spojówce powiek, jak i załamków i na pierwszy rzut oka sprawiały wrażenie ciężkiej jaglicy. Bakteryologicznie nie stwierdzono żadnych swoistych drobnoustrojów, mikroskop jednak dał obraz znamienny dla gruźlicy. Odczyn Moro był dodatni.

Wobec silnego rozgałęzienia choroby leczyłem ten przypadek wycięciem chrząstki i znacznej części spojówki, przypalaniem pozostałych guzków, a nadto z powodu gruźlicy skóry i gruczołów ogólnie wstrzykiwaniami hetolu. Skutek był widoczny, ale dla zbyt krótkiego, jak na cierpienie, czasu niedostateczny.

Lubo postać jaglicza trachomy o typie czystym należy może do najlepiej poznanych i uznanych, to jednak istnieje postać druga, b r o d a w k o w a (conjunct. trachomatosa papillaris), która w czystej postaci rzadziej występuje, a wtenczas właśnie bardzo często bywa zapoznawaną. Tu pojawia się mniej więcej silne przekrwienie spojówki powiek, spojówka chrząstkowa aż do rowka podtarczkowego (sulcus subtarsalis) odznacza się silnym przerostem ciała brodawkowego, które jej powierzchni nadaje wygląd strzyżonego aksamitu, a na załamkach powstają kosmyki, przerost podścieliska łącznotkankowego. Chory z początku doznaje wrażliwości na dym i światło; miewa trudności przy pracy z blizka, trudności utrzymywania ócz otwartych wieczorem, a również otwierania ich zrana po śnie. Później przyłącza się do tego nieżyt mniej więcej silny, dalej przemijające powierzchowne zapalenie rogówek w postaci drobnych pryszczyków. Gdy stan trwa dalej, łzawienie i wydzielina powodują zapalenie powiek, do czego przyłącza się łuszczka na rogówce. Przebieg, zawsze przewlekły, wiedzie do wytworzenia się bardzo rozległych blizn, pokrywających powierzchnię spojówki powiekowej i załamków, gdy rogówka ulega z czasem powierzchownemu zmętnieniu.

Ta postać, występująca przeważnie u osób dorosłych, rzadziej u dzieci, jest równie zaraźliwa, jak i pierwsza, a czasami chorobą tej postaci całe rodziny widzimy dotknięte. Spustoszenia i powikłania nie bywają tak znaczne, jak przy postaci jagliczej trachomy, ale dolegliwości zato nieraz znaczniejsze, aniżeli przez tamtą wywołane.

Postać brodawkowa łączy się często z jaglicą w ten sposób, że jedna lub druga postać przeważa; niekiedy przedstawia się jednak w tak czystej formie, że ani jednej jagiełki nie spotykamy na całej spojówce. Leżą one może głębiej, zwłaszcza w załamku górnym, ale ukryte dla badającego. Choroba ta bywa, jak wspomniałem, często przeoczona, albo uważana za przewlekły nieżyt spojówkowy z powikłaniami lub bez nich. Przewlekłość sprawy, odporność choroby przeciw zwykłym środkom ściągającym, a przedewszystkiem znamienne powierzchowne rozlane blizny zapobiegają błędnemu rozpoznaniu.

Również nie łatwo pomieszać zapalenie brodawkowe trachomy z wiosennem zapaleniem spojówki, gdzie wyniosłości rozprzestrzenione na całej spojówce tarczkowej przypominają postacią i ułożeniem bruk uliczny, a pomyłki już zgoła niemożliwe, gdy nadto widzimy owe znamienne różowe wyniosłości na granicy rogówkowo-twardówkowej.— Bywają jeszcze t r z e c i e g o r o d z a j u, najrzadsze, typy, a mianowicie takie, gdzie jest skłonność wczesna do przerostu podścieliska łączno-tkankowego adenoidalnej warstwy spojówki, gdy nagromadzenia limfoidalne w tak stwardniałej tkance mniej się rozwijają lub są ukryte w warstwach głębszych. Postać ta zasługuje na miano twardej trachomy (trachoma sclerosans). Ale i tu obok gładkiej, a stwardniałej spojówki widzimy i przerost ciałka brodawkowego i nieliczne jagiełki. Jakie okoliczności do przeważania stwardnienia usposabiają, nie udało mi się stwierdzić. — Wedle tego, co powiedzieliśmy, wypadałoby rozróżniać trzy kliniczne postacie trachomy: trachoma granulosum, trachoma papillare i trachoma mixtum, gdzie dwie lub trzy zmiany omówione spotykamy obok siebie. Oczywiście rzadko spotykamy się z postaciami typowemi bez domieszek drugich typów, które jednak mogą odgrywać rolę bardzo małą.

Po zejściu trachomy, czy tej lub owej postaci, zawsze w miejscu patologicznych zmian powstają blizny już to powierzchowne, już to głębsze. Fakt zgrubienia chrząstki i wypuklenia jej wiodą do tego, że rowek podtarczkowy (sulcus subtarsalis) pogłębia się, gdy powierzchnia przednia chrząstki, wypuklona, nadaje oczom znamienny wyraz. Czysta postać brodawkowa nigdy do tych zmian nie wiedzie.

Postawiwszy sobie zadanie przedstawienia postaci, w których trachoma się pojawia, nie mogę zapuszczać się w opis szczegółowy rozmaitych faz, powikłań i następstw tej trapiącej ludzkość choroby, gdyż i przekroczyłbym zakreślone zadanie, i musiałbym nadużywać cierpliwości Panów, a nadto mówić o rzeczach równie dobrze znanych Panom, jak i mnie.

Ale niech mi wolno będzie tutaj poruszyć jedną sprawę zbyt mało znaną, a w każdym razie zbyt lekko ocenianą, t. j. wpływ ogólnego stanu, czyli pewnych wad ustrojowych na nasilenie choroby, trwałość, a tem samem i skutki trachomy. Każdy z nas doświadczał tego niejednokrotnie, że nieraz nawet ciężkie postacie tej choroby względnie szybko ustępują pod wpływem odpowiedniego leczenia, gdy inne i więcej usposabiają do powikłań i oporniejsze są w leczeniu. Że tu często niedokrwistość, to znowu usposobienie zołzowe pewną odgrywa rolę, i że te stany powinno się leczniczo uwzględniać, by korzystniej zwalczać chorobę oczną, to jest rzeczą chyba aż nazbyt wiadomą. Ale zdarza się niejednokrotnie, że albo powyższych okoliczności nie stwierdzamy, albo gdy stwierdzone uwzględniamy, choroba jednak nietylko przewleka się, ale mimo starannego a różnorodnego leczenia tak co do nasilenia, jakoteż i powikłań wystawia nas na przykrą próbę cierpliwości. Zgrubienie spojówki wzmaga się i dochodzi do niebywałych nieraz sto-

pni, spojówka gałki szybko ulega nacieczeniu, a łuszczka naczyniowa rogówki także rozszerza się, posuwając się za naciekami punkcikowymi, tworzącymi się przy jej dośrodkowym brzegu. Chrząstka grubieje i wywołuje szpecące opadnięcie powiek, a przytem utrzymuje się wydzielina, nie dająca się żadnym środkiem poskromić. To wszystko jest połączone z silnym światłowstrętem, łzawieniem, bolem i przyczynia się do uprzykrzenia losu chorego. Gdy tak sprawa całe lata trwa, przychodzi do znanych następstw, jak zbliznowacenia spojówki i powierzchownych warstw rogówki. Nabłonek rogówki rogowacieje, pokrywa się strupami wysychającego śluzu (xerosis parenchymatosa conjunctivae et corneae), dochodzi do wypuklenia powieki górnej i wrośnięcia, albo podwijania się rzęs i t. d. i t. d. To istna rozpacz, gdzie przez szereg lat biedacy skazani są na ciągłe leczenie, które zaledwo małą im przynosi ulgę.

Cóż tu jest przyczyną tego złego obrotu sprawy? Niewątpliwie złe warunki higieniczne, nieczystość ciała i powietrza, złe odżywianie się, często zaniedbanie, ale wiemy przecie, że w wielu innych przypadkach chory nic nie robi, a choroba sama ustępuje, nawet bez wszelkiej interwencyi, a tylko blizny pozostałe świadczą o przebytej chorobie.

Dziwna rzecz, że gdy kiłę posądza się o wpływ najróżnorodniejszy na rozmaite zboczenia narządów, to możliwości pewnego współdziałania tej tak rozpowszechnionej choroby na przebieg zapalenia trachomowego świat lekarski nie domyśla się.

Widzieliśmy powyżej, że zakażenie okolicznościowe najrozmaitszymi zarazkami może obraz jaglicy zmienić na ostrą, ba, nawet zatrzeć jej obraz. Dlaczego wada konstytucyjna nie miałaby wpłynąć na zaostrzenie, czy zmianę obrazu patologicznego jaglicy? Ponownie zwracałem uwagę na wpływ kiły na trachomę, a dziś, raz jeszcze związek ten podkreślając, jestem w tem korzystnem położeniu, że z najnowszych czasów mogę wykazać, jak leczenie przeciwkiłowe korzystnie wpływa na ciężkie postacie jaglicy, opierające się miejscowemu leczeniu, gdy, już w dawniejszych latach w niejednym ciężkim przypadku takiego zapalenia, skoro wywiady dawały poszlaki kiłowego podkładu u chorego, z dobrym skutkiem leczenie przeciwkiłowe przeprowadziłem. — W nowszych czasach odczyn Wassermanna daje nam możność pewniejszego oznaczenia tego zakażenia, wzgl. wpływu leczenia, gdy odczyn znika równocześnie.

Korzystając z tych zdobyczy nauki, jakoteż z nowego środka przeciwkiłowego, jakim jest salwarsan, zastosowałem go najprzód u 18-letniej dziewczyny, dotkniętej bardzo uporczywem zapaleniem brodawkowem z nielicznemi jagiełkami i zajęciem obu rogówek przez zapalenie łuszczkowe. Chora z nawrotami ponownie przybywała do szpitala krajowego na mój oddział oczny. Ostatni raz przyjęta w drugiej połowie sierpnia z. r., leczona była środkami najrozmaitszymi, ale każda chwilowa poprawa szybko ustępowała. Gdy po 3-miesięcznem leczeniu powieki pozostawały ciężkie, zwieszone, spojówka przekrwiona silnie z nabrzmieniem ciałka brodawkowego, rogówki zaś tak dalece przez łuszczkę świeżą zmętnione, że chora tylko palce bezpośrednio rozpoznawać mogła, wstrzyknąłem, gdy odczyn W. okazał się dodatnim, w pośladki »606« i to d. 18. XI. zrana 0,6. Od tej chwili sprawa zaczęła się polepszać i stała poprawa doprowadziła do tego, iż po 10 dniach chora dobrze oczy otwierała, naloty rogówkowe znikały, łuszczka ścieńczała, przerost ciała brodawkowego mało się uwydatniał. D. 9. XII. już wzrok okazał się o wiele lepszym, a d. 15. XII. w dniu wypuszczenia z kliniki wynosił na pro: 6/24. na lo: palce 3—4 m (dość liczne plamki rogówkowe). — OW jeszcze w końcu listopada był ujemnym. Gdy chora po tak znakomitym względnie wyniku już nie pokazała się, przypuszczać chyba wolno, iż poprawa dalej postępowała pod wpływem przepisanych leków.

Drugi przypadek jest jeszcze znamienniejszy. St. M., 24 l., syn rolnika, przybył 7. V. b. r. z silnem zapaleniem jagliczem w 2. i 3. okresie choroby. Wydzielina obfita, śluzowo-ropna, rogówki pokryte gęstą łuszczką, a światłowstręt tak silny, że tylko z pomocą rozwórek zbadać można rogówki. Pro nie widzi nic, lo; palce bezpośrednio. Najrozmaitsze, skądinąd skuteczne środki prawie żadnego wybitnego skutku nie sprowadziły, a lewe oko poczęło silnie boleć z powodu następowej jaskry, która nadto wywołała wydęcie rozpulchnionej rogówki, T. + 2, W. = palce 1/2 m — a OW wypadł wybitnie dodatni. Wstrzyknąłem 0,6 salwarsanu w pośladek. Już nazajutrz widoczna poprawa, a po 2 tygodniach poprawa tak dalece postąpiła, iż chory swobodnie oczy otwierał, ilość granulacyi zmniejszyła się, naczynia w znacznej części z rogówek ustąpiły, a lewa rogówka tak się wyjaśniła, iż tylko kilka naczyń grubszych ją zasłania. Oko to rozpoznaje palce na 4 m. bez szkieł. Napięcie stało się prawidłowe, bez irydektomii, do której chory był przeznaczony. Pro od 7 lat oślepłe, pokryte bielmem dużem, zrośniętem z tęczówką, przed leczeniem zupełnie naczyniami pokryte, przedstawia się wyraźne, OW. dn. 30. VI. okazał się ujemnym. Tu skutek salwarsanu tak był widoczny, że podobnego po żadnych miejscowych lekach i zabiegach w tak krótkim czasie nie widywałem.

Lubo salwarsan działa skutecznie na przebieg zapalenia jagliczego, gdy ono wprost przez jad kiłowy się zaostrza, to jednak zdarzają się przypadki, gdzie jaglica u osobnika ze znamionami kiły nie znika, gdy inne oczne objawy ustępują.

Tak było u 13-letniej S. U., przyjętej do szpitala św. Łazarza d. 1. V. b. r. z powodu ciężkiej postaci zapalenia miąższowego rogówki (keratitis parenchym. syph. cong. oc. utr.) wraz z silnemi granulacyami. Obok miejscowych środków dostawała chora wewnętrznie mergal, a d. 23. V. po wykazaniu dodatniego O. W. nadto w pośladki 0,3 salwarsanu w glicerynie. Rogówki najprzód lepiej zaczęły się unaczyniać, a następnie wyjaśniać, tak że 16. V. już chora sama mogła się poruszać, odzyskawszy do tego stopnia wzrok, a 23. V. ze środkami odpowiednimi chorą puszczono do domu, obu oczyma rozpoznającą palce na kilka metrów. Spojówki jednak, jak poprzednio, zawsze jeszcze pokryte licznemi granulacyami typowemi, które dopiero pod wpływem galwanokaustyki znikały. A jednak i tu ponowne dalsze badania krwi sposobem Wassermanna dawały wynik ujemny.

Jak w tamtych przypadkach i wielu dawniejszych leczenie swoiste przeciw kile (rtęcią) wpłynęło bardzo korzystnie na zapalenie jaglicze, tak w tym ostatnim przypadku na jaglicę było leczenie takie bez widocznego wpływu. Tu stoimy wobec zagadki, której rozwiązać nie będę się kusić, a jedynie zadaję sobie pytanie, czy w pierwszym okresie trachoma nie jest podatny do tego leczenia lub może wogóle postać jaglicza zapalenia egipskiego. W tamtych dwóch mieliśmy właśnie do czynienia z zapaleniem przeważnie brodawkowem. To rozstrzygnąć mogą chyba dalsze obserwacye, czy doświadczenia i badania ściśle. Dziś stwierdzam własne tylko spostrzeżenia, a jeżeli wogóle

wspominam o związku trachomy z kiłą, wychodząc poza ramy zadania, którem było przedstawienie klinicznych postaci tej choroby, to na usprawiedliwienie niechaj mi służy wyrażenie przekonania, iż trudno nie poruszyć szczegółów etyologicznych, wogóle tak ważnych w patologii, które wprawdzie trachomy nie wywołują, ale niewątpliwie nadają mu odmienne, czy ostrzejsze znamię i chorobę bez swoistego leczenia czynią odporniejszą.

Trachoma, to od wieków znana, od wieków badana, a jednak zawsze jeszcze niedoceniana choroba ócz, która nietylko szorstką jest w znaczeniu patologicznem, ale szorstką co do losu, na który ludzkość, zwłaszcza najbiedniejszą, wskazuje. Im więcej jej poświęcimy uwagi, im więcej śledzić będziemy nietylko te nieznane zawsze jeszcze drobnoustroje, które jej zaraźliwość tworzą, ale i okoliczności, które niszczący wpływ tychże podtrzymują, tem więcej oddamy usług tysiącom nieszczęśliwych, a równocześnie wydatność społeczną szerokich warstw ludności podnieść zdołamy.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Kilka uwag o wskazaniach i rokowaniu cięcia cesarskiego zaotrzewnego.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich).

Jeszcze nie przebrzmiał entuzyazm, z jakim witano wskrzeszoną po długich latach zapomnienia symfizeotomię i hebosteotomię, kiedy w literaturze położniczej zjawiła się operacya, podobnie, jak tamta, — wskrzeszona i podobnie, jak tamta, z zapałem witana. Mam tu na myśli cięcie cesarskie nadłonowe, zalecone przez Franka w r. 1907, do którego rozpowszechnienia przyczynił się najwięcej Sellheim wielką ilością publikacyi i doświadczeń, a przedewszystkiem przekonującym swoim zapałem.

Myślą przewodnią tej operacyi jest wydobycie płodu ponad miednicą, a więc przez powłoki brzuszne i z pominięciem jamy otrzewnej, a więc poniżej jej dolnego załamka.

Myśl nie nowa, poruszona już przez Jörga w r. 1806, wprowadzona w życie przez Ritgena w roku 1821 i przez Physicka w r. 1824, zjawia się na nowo i odrazu zdobywa sobie wielu zwolenników, co więcej, entuzyastów.

Przez trzy lata jesteśmy świadkami jej technicznego doskonalenia się; powstają coraz nowe modyfikacye, których aż czternaście zestawił Morawski pod koniec ubiegłego roku w »Przeglądzie lekarskim«. Ta ilość sposobów dowodzi zapewne wielkiego zajęcia się tą operacyą, niemniej jednak wskazuje na to, że żadna z metod nie zadowalnia zupełnie. Pomijam jednak tę sprawę, gdyż w wykładzie niniejszym mam się zająć nie techniką, tylko wskazaniami i rokowaniem. O ile sprawę techniki rozstrzygnąć można niewielką liczbą własnych spostrzeżeń, o tyle nauka o wskazaniach i rokowaniu oprzeć się musi na znacznie szerszych podstawach.

Rozporządzam materyałem trzynastu własnych przypadków, z których siedem przedstawił Morawski na międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Petersburgu, i ogłosił w powyżej wspomnianej pracy. Z tych trzynastu operowanych straciliśmy jedną. Wszystkie dzieci wyszły z kliniki zdrowe. We wszystkich przypadkach wskazaniem było ścieśnienie miednicy względne, we wszystkich czekaliśmy aż do chwili, kiedy zjawiło się doraźne wskazanie wymagające rozwiązania, we wszystkich wreszcie użyliśmy sposobu Sellheima (I).

Na tych własnych przypadkach, o których tu krótko wspominam, nie mam zamiaru i nie mogę oprzeć wywodów na temat, objęty tytułem tej pracy. Za podstawę służą mi nadto doświadczenia cudze.

Rokowania i wskazań nie można właściwie oddzielić od siebie; są ze sobą nierozerwalnie złączone, gdyż o ile wskazanie zależy od rokowania, o tyle rokowanie zawisło na odwrót od wskazania do operacyi w danym przypadku Zdawałoby się, że rokowanie da się wyrazić poprostu w cyfrach; tak robi się zwykle i tak też uczyniono w sprawie nas obchodzącej. Mamy więc zestawienia Jeannina, Holzapfla i Latzki. Mówią one, że ze 190 przypadków cięcia cesarskiego nadłonowego zmarło 14 matek (7·37%), a ze 110 płodów zmarło 9 (8·18%). (Jeannin). Według Holzapfla na 162 przypadków śmiertelność matek wynosi 8%, płodów 8·6%. Według Latzki 150 przypadków ze śmiertelnością dla matek 7·33%, z zakażenia 5·33%. Ale te cyfry nie mówią właściwie nic, i jeśli gdzie, to w tym przypadku potwierdzić można zdanie, że »la statistique c'est un mensonge en chiffres«.

Wartość operacyi wtenczas tylko ocenić można cyfrowo, jeśli dla usunięcia pewnej nieprawidłowości, czy choroby stosuje się tylko ją jedynie i wyłącznie, jeśli nietylko nie współzawodniczy ona z innymi zabiegami, ale i nie współdziała z nimi. Jeśli dla usunięcia tej samej choroby użyć można innych zabiegów i jeśli każdemu z nich wyznacza się inny zakres wskazań, to cyfry śmiertelności lub chorobowych powikłań po operacyi nie zdołają wyłuszczyć jądra prawdy. Oświetlę to drastycznym przykładem.

Kiedy na lwowskim Zjeździe lekarzy i przyrodników omawiałem obszerny temat postępowania przy ścieśnieniu miednicy i, oparłszy się na własnym materyale, chciałem cyfrowo wykazać niebezpieczeństwo poszczególnych zabiegów używanych w przypadkach ścieśnień, doszedłem do przekonania, że największą śmiertelność miała kraniotomia, najmniejszą zaś cięcie cesarskie klasyczne i hebosteotomia. Nietrudno zrozumieć, skąd wynikł ten absurd. Oto kraniotomii używałem tylko w przypadkach cięższych zakażeń, a że zabieg ten nie działa odkażająco i do leczenia gorączki połogowej, rozpoczętej przed rozwiązaniem, nie nadaje się, przeto operowane zmierały na zakażenie bez związku z kraniotomią.

Gdybyśmy więc chcieli w cyfrach ocenić wartość nadłonowego cięcia cesarskiego, musielibyśmy pójść zgoła inną drogą.

Musielibyśmy zestawić, jaka była śmiertelność matek i dzieci przed wprowadzeniem tej operacyi i po tem, i w zestawieniu tem uwzględnić wszystkie przypadki, ope-

rowane i nieoperowane. Ponieważ cięcie cesarskie nadłonowe ma największy zakres wskazań w przypadkach ścieśnienia miednicy i na tym terenie współzawodniczy z licznemi innemi operacyami, przeto trzebaby przedewszystkiem zebrać i rozpatrzeć cały materyał ścieśnionych miednic bez tego zabiegu i z nim. Ale cyfry musiałyby być wielkie, bo i tu zakraśćby się mógł błąd przypadkowy. Próbę takiego obliczenia podjął Baisch, twierdząc, że śmiertelność matek będzie poniżej 1%, śmiertelność dzieci poniżej 10%, a ilość samorodnych porodów podniesie się do 80%. Zestawienia porównawcze (Leopold) wyników cięć cesarskich, klasycznego, doszczętnego i nadłonowego, mijają się zupełnie z celem, gdyż u innych kobiet robiono jedną, u innych drugą operacyę, a co ważniejsze, wybierano dla cięcia nadłonowego lub doszczętnego te przypadki, które się nie nadawały do klasycznego. Mam tu na myśli przypadki t. zw. niepewnego zakażenia, gdzie ciepłota jest niewysoka, ale chora była badana wielokrotnie wewnętrznie, wody dawno odpłynęły i t. d. Te przypadki nie nadają się przeważnie do cięcia klasycznego, natomiast stanowią główny kontyngent operacyi nadłonowej. W porównaniu z przypadkami zupełnie czystymi, a więc przez 14 dni przed porodem wewnętrznie niebadanymi (Fromme, Veit), są one w istocie swojej gorsze, a w każdym razie inne.

Ale i z innego względu zestawienie takie porównawcze niema znaczenia, natomiast potrzebne jest niezbędnie zestawienie całego materyału ścieśnionych miednic. Oto przez zjawienie się nowej operacyi, n. p. na terenie ścieśnienia miednicy, zmienia się cały sposób postępowania w tych przypadkach.

Cięcie cesarskie nadłonowe jest zabiegiem na wskróś zachowawczym. Niema w sobie nic zapobiegawczego, uprzedzającego fakta, prejudykującego. Wszakżeż zabieg ten wykonywa się wbrew temu, co radzi Fehling, dopiero wówczas, kiedy się zjawi doraźne wskazanie, a więc dlatego, że niebezpieczeństwo dla matki lub dziecka już j e s t, nie zaś z tego powodu, że może się w p r z y s z ł o ś c i zjawić. Istnienie tego zabiegu ośmiela nas więc do czekania, zwalcza nasze zakusy zapobiegawczego wkraczania w prawa przyrody i operowania z obawy, że coś złego stać się może. Czekając zaś i obserwując bieg porodu, nie tracimy nadziei, że poród odbędzie się siłami natury, a w ostateczności, jeśliby miało stać się inaczej, mamy w arsenale naszym jeszcze jedną broń, do której mamy zaufanie. I oto raz i drugi, dzięki temu konserwatyzmowi, opartemu na zaufaniu do nowych zabiegów rozwiązujących, rodząca uniknie wszelkiego operowania. Morawski opisał dwa takie przypadki, ja zaś dodać mogę trzeci, w którym poród odbył się siłami natury u osoby ze sprzężną 8 cm, czekającej na cięcie cesarskie. Przypadki te nie byłyby zapewne uniknęły klasycznego cięcia cesarskiego, gdyż, jak wiadomo, operacyę tę wykonywa się na początku porodu, najlepiej przed pęknięciem pęcherza. Mógłby mi ktoś zarzucić, że te trzy przypadki były źle ocenione; odpowiem, że każdy położnik, uwzględniwszy wymiary miednicy i wywiady, byłby je ocenił tak samo, i powołam się na przypadek tak doświadczonego i znakomitego położnika, jakim był Madurowicz, w którego klinice urodziła samorodnie kobieta w czasie, kiedy przygotowywał się do cięcia cesarskiego. Niema nic trudniejszego, jak orzeczenie *„a priori“* w przypadkach względnego ścieśnienia miednicy, że dana osoba na czasie siłami natury nie urodzi.

To, że te trzy kobiety urodziły same, zawdzięczamy istnieniu cięcia cesarskiego nadłonowego i zaufaniu, jakie w niem pokładamy. Na ogólny wynik cyfrowy w przypadkach ścieśnień miednicy nie może to pozostać bez wpływu, a przecież nie znajduje wyrazu w żadnem dotychczasowem zestawieniu statystycznem.

Ale nie na tem koniec. Cięcie cesarskie nadłonowe odbiera innym zabiegom, używanym przy ścieśnieniu miednicy, a przedewszystkiem cięciu klasycznemu, pewną ilość mniej korzystnych przypadków, przez co zmniejsza śmiertelność po cięciu klasycznem, samo zaś przedstawić się może w cyfrach niekorzystnie. Gdybyśmy, przerażeni temi cyframi, zechcieli wyeliminować cięcie nadłonowe, powiększymy tem napowrót śmiertelność cięcia klasycznego. Cała więc umiejętność polega na tem, żeby należycie rozdzielić cały materyał ścieśnionych miednic między poszczególne operacye, przyczem tem pewniej osiągniemy dobre wyniki, im więcej zabiegów mamy do wyboru, a przedewszystkiem zabiegów, pozbawionych idei zapobiegawczej, a więc mających na celu, jako ideał, poród samorodny. Gdybyśmy takich zabiegów mieli dużo do rozporządzenia i to na każdy wypadek, wówczas nicby nas nie mogło uprawniać do nieuzasadnionego, przedwczesnego wkroczenia w prawa przyrody.

Za największą zaletę hebosteotomii i cięcia nadłonowego uważam to, że są takiemi właśnie operacyami, stanowiącemi broń przeciw zabiegom zapobiegawczym, które, przyznać należy, bez nich miałyby zupełną racyę bytu.

Zjawienie się cięcia nadłonowego przechyliło, zdaniem mojem, chwiejącą się w obie strony szalę na korzyść wyczekiwania, a na niekorzyść idei zapobiegawczej i dlatego największy cios zadało przedwczesnemu przerwaniu ciąży i obrotowi zapobiegawczemu. Cięciu klasycznemu i hebosteotomii przyszło natomiast z pomocą; odebrało pierwszemu przypadki co do zakażenia niepewne, drugiej wszystkie pierwiastki, przez co niewątpliwie poprawić musiało wyniki i jednego i drugiej, a równocześnie ogólny wynik naszego działania w przypadkach ścieśnień miednicy.

A teraz do wskazań szczegółowych.

O ile z bardzo obszernego piśmiennictwa dowiedziałem się, wskazań zjawiło się dużo; niektóre z nich znikną niewątpliwie wkrótce. Wymieniam je wszystkie:

1) Ścieśnienie miednicy względne i bezwzględne i wszelki niestosunek porodowy, wywołany nadmierną wielkością płodu. (Wskazanie uznane przez wszystkich).

2) Łożysko przodujące (Sellheim, Reifferscheid).

3) Rzucawka porodowa (Sellheim i inni).

4) Zakażenie dolnych dróg porodowych (Ulcus port. vagin. Sellheim).

5) Nagłe wskazania do »accouchement forcé« (Sellheim).

6) Położenie poprzeczne ze znacznem rozciągnięciem dolnego odcinka i żywem dzieckiem (Fromme).

7) Ułożenie czołowe przy dużem dziecku (Knoop Carlos).

Ad 1). Ścieśnienia miednicy podzielić musimy na bezwzględne i względne. *

a) Bezwzględne. Rodząca rozwiązana być może tylko cięciem cesarskiem, przyczem mamy wybór między klasycznem, doszczętnem (Porro) i nadłonowem. Klasyczne nadaje się najlepiej do przypadków zupełnie czystych, przez ostatnie 14 dni niebadanych (Fromme, Veit), zwłaszcza jeśli mamy zamiar wykonać przy sposobności sterylizacyę jajowodową, wytrzebienie (osteomalacia), lub inną operacyę brzuszną (n. p. ovariotomia), dalej u umierających lub zmarłych i tam, gdzie zależy na bardzo szybkiem wydobyciu płodu (n. p. omdlałego).

Cięcie doszczętne (Porro) jest odpowiednie we wszystkich przypadkach wyraźnie zakażonych i w tych co do zakażenia niepewnych, w których chcemy usunąć jajniki (osteomalacia) lub macicę (włókniaki).

Dla cięcia nadłonowego pozostałyby przypadki niepewne co do zakażenia, a więc badane zwłaszcza podczas porodu, lub w których wody dawno odpłynęły, oraz przypadki zupełnie czyste, w których dolny odcinek jest znacznie rozciągnięty, co, jak wiadomo, ułatwia wybitnie tę operacyę.

b) Ścieśnienia względne. Tu prócz trzech rodzajów cięcia cesarskiego wchodzą w rachubę: kleszcze wysokie, przecięcie miednicy i wymóżdżenie.

Do kleszczy wysokich nadają się, zdaniem mojem, wieloródki, u których główka wparta jest do wchodu, bole natomiast osłabły. Wogóle sądzę, że gdzie bardzo silne bole nie mogą przesunąć główki przez miednicę, tam i siła nasza przy operacyi kleszczowej często zawodzi.

U pierwiastek kleszcze wysokie są operacyą ze względu na okaleczenie dróg porodowych znacznie cięższą, niż u wieloródek.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

W. Michajłow. **W sprawie klinicznie rozpoznawalnych zmian trzustki w przebiegu różnych chorób wątroby.** (Praktic. Wracz 1911, Nr 32—34). Zgłębnik żołądkowy, który już oddał tak wielkie usługi przy chorobach żołądka, obecnie z pomocą tłuszczowego próbnego śniadania Bołdyriewa pozwala do pewnego stopnia sądzić i o działalności drugiego ważnego narządu trawiennego, mianowicie trzustki. Sprawa rozpoznawania chorób trzustki ma już datę dawną, swoją historyę. W r. 1889 Boas ogłosił sposób dobywania »soku dwunastnicy« przez żołądek po poprzedniem odpowiedniem miesieniu brzucha. Następnie starano się rozpoznawać choroby trzustki zapomocą innych metod, mianowicie badania kału, próby desmoidalnej Sahliego, próby Szmidta itp. Nakoniec w r. 1897 Pawłow zwrócił uwagę, że przy wprowadzeniu tłuszczu do żołądka psa wydziela się przez przetokę żołądkową zawiesina z żółcią i sokiem trzustki; zjawisko to zbadał szczegółowo Bołdyriew i otrzymane wyniki ogłosił w r. 1904; wyzyskał to jednakże dla celów klinicznych dopiero Volhard w r. 1907. Obecnie istnieje już w tej sprawie dość znaczna statystyka, która wykazuje, że próba ze śniadaniem Bołdyriewa daje w 70—96% wynik dodatni; odsetek ten jeszcze się zwiększa, jeżeli, idąc za radą Lewińskiego, zobojętnimy magnezyą sok żołądkowy, szczególnie w razie jego nadkwaśności (Koziczkowski). 64 przypadki, w których różni autorowie otrzymali wynik ujemny, tak się przedstawiają: 1) w 23 nadkwaśność, przy której trypsyna łatwo mogła być zniszczona, 2) w 5 opadnięcie żołądka i zwężenie odźwiernika, 3) w 6 charłactwo. 4) w 16 choroby wątroby i trzustki, 5) w 14 ($2^1/_2$% ogólnej liczby ogłoszonych przypadków zastosowania śniadania Bołdyriewa) różne, szczególnie nerwowe choroby, które nie tłómaczą wyniku ujemnego i gdzie wynik taki widocznie zależy od niedokładności samej metody. Metoda Bołdyriewa daje nam tylko odpowiedź na pytanie, czy wydziela się do jelit sok trzustki, o ilości zaś tego wydzielania sądzić nie możemy. Swoje badania prowadził Michajłow w następujący sposób: Przedewszystkiem zapomocą jednorazowego lub wielokrotnego stosowania próbnego śniadania Boas-Ewalda określał czynnościową sprawność żołądka; potem podawał naczczo szklankę najlepszej oliwy prowanckiej bez żadnych domieszek, tylko w razie nadkwaśności dostawał chory jeszcze magnezyę paloną; po 40—45 minutach treść żołądkową wydobywano przez zgłębnik i niezwłocznie badano co do obecności fermentów zapomocą metody Metta przy 3 różnych odczynach. Prócz tego określano obecność barwików żółciowych i ilość kwasów. Z liczby 30 chorych, zbadanych przez autora, nie znaleziono pepsyny u 6, mianowicie: u jednego chorego na wiąd rdzenia z brakiem wydzielania soku żołądkowego i biegunką tłuszczową, u 2 chorych na raka trzustki, u 3 z żółtaczkową przerostową marskością wątroby (cirrhosis hepatis biliaris). Nie u wszystkich pozostałych chorych odczyn trypsyny odrazu dawał wynik dodatni i pod tym względem na szczególną uwagę zasługują chorzy na tak zw. żółtaczkę nieżytową, mianowicie próba z początku dawała u nich wynik ujemny, a następnie w okresie polepszenia i mocniejszego zabarwienia kału — występował wynik dodatni. Związek chorób wątroby ze stanem trzustki już dawniej zwracał na siebie uwagę badaczy (Ehrmann i Lederer, Abderhalden, Schittenhelm, Frank). Kehr w 24% chorób wątroby znalazł zmiany w trzustce, Steinhaus (z pracowni Minkowskiego) na 12 przypadków zanikowej marskości, w 11 znalazł śródmiąższowe zmiany w trzustce (w wysepkach Langerhansa zmian nie było); Poggenpol spostrzegał zmiany w trzustce tak przy przerostowej, jak i przy zanikowej marskości wątroby. W pracach niektórych autorów są wskazówki, że przyczyną żółtaczki nieżytowej nieraz bywa zapalenie trzustki, mianowicie, że obrzękła główka trzustki ściska przewód żółciowy wspólny, przechodzący na przestrzeni $^1/_2$ centymetra przez miąższ główki. Doświadczenia Michajłowa, jak również i innych autorów wykazały, że w początkowym okresie żółtaczki nieżytowej treść żołądkowa po śniadaniu Bołdyriewa nie zawiera trypsyny, barwiki zaś żółciowe w niej się znajdują, odczyn Cammidgea często także jest dodatni. Okoliczności te, a także częsta (w 79%) obecność niezarośniętego przewodu Santoriniego dowodzą, że brak trypsyny nie zależy od mechanicznej przeszkody, lecz od zmian w trzustce, żółć zaś zatrzymuje się z powodu słabego jej naporu. Chociaż powyższe spostrzeżenia nie uprawniają jeszcze do tego, by zapalenie trzustki uważać za przyczynę wszystkich »żółtaczek nieżytowych«, to jednakże autor wyraża zdanie, że sprawa ta musi być nanowo zbadana i wysnuwa następujące wnioski: 1) Tłuszczowe śniadanie Bołdyriewa jest cenną metodą kliniczną dla ustalenia faktu czynności wydzielniczej trzustki. 2) Metoda ta nie pozwala na ilościowe określanie czynności wydzielniczej trzustki. 3) Przy chorobach wątroby klinicznie można rozpoznać zmiany trzustki: a) w przebiegu marskości wątroby, zależne od przewlekłego stwardniającego zapalenia trzustki; b) w przebiegu »żółtaczek nieżytowych«, które nie zawsze są przyczynowo jedną i tą samą chorobą i czasem zależą od nieżytowego zapalenia trzustki. T. Makowski.

Prof. J. Spiżarny. **W sprawie przeciwwskazań do operacyjnego leczenia choroby Basedowa.** (Prakt. Wracz 1911, Nr 23). Operacya wola przy chorobie Basedowa daje pewien odsetek śmiertelności w rękach najlepszych chirurgów. Za przeciwwskazania do operacyi są uważane: prze-

dewszystkiem zmiany mięśnia sercowego, znaczne charłactwo, białkomocz, obrzęk śluzowaty; przeciwwskazania te z wyjątkiem ostatniego są jednak tylko względne; natomiast niektórzy chirurdzy za ważne przeciwwskazanie uważają grasicę przetrwałą (thymus persistens). Autor na 12 operowanych miał 2 przypadki śmiertelne. W obydwu razach częstość tętna zaczynała się zwiększać (do 150) i przed śmiercią występowała niemiarowość i nitkowatość. Na sekcyi znaleziono znacznie zwiększoną grasicę. Objawy śmierci grasiczej spostrzegano także w przypadku operacyi z powodu rozszczepienia podniebienia, a na sekcyi również znaleziono w tym przypadku grasicę przetrwałą. Grasicę przetrwałą względnie często spostrzega się przy chorobie Basedowa (statystyka Copella), a obecność jej jest pewną wskazówką ciężkiej postaci choroby; w takim razie widocznie istnieje hypertymizacya, szkodliwie oddziaływująca na serce i operacya w takich warunkach kończy się niepomyślnie. Autor doszedł do przekonania, że grasicę przetrwałą powinno się uważać za bezwarunkowe przeciwwskazanie do operacyi wola przy chorobie Basedowa. T. Makowski.

Pierieszіwkin. **W sprawie leczenia choroby Basedowa promieniami Roentgena.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 35). Autor, stosując promienie Roentgena w 3 przypadkach choroby Basedowa, otrzymał nader zachęcające wyniki. Chorych poddawano działaniu promieni Roentgena 1 raz tygodniowo. Ilość promieni mierzono zapomocą miliampermetru i radiometru Sabourauda; wynosiła ona $^1/_4$ dawki niezbędnej do wywołania rumienia skórnego (E—D. Erythem-dosis). Po każdych 4 posiedzeniach (pełna dawka E—D.) 3 tygodniowa przerwa. Po 2—4 E—D występowało znaczne polepszenie stanu ogólnego i zmniejszenie się gruczołu tarczowego. Na mocy swych spostrzeżeń wypowiada autor zdanie, iż we wszystkich przypadkach choroby Basedowa, w których zwiększenie gruczołu nie jest zbyt znaczne, powinno być stosowane leczenie promieniami Roentgena; w tych zaś przypadkach, w których gruczoł tarczowy bywa znacznie powiększony, leczenie promieniami Roentgena powinno być stosowane dopiero po wycięciu połowy gruczołu. Z. Gilewicz.

Z. Gilewicz i A. Hekker. **W sprawie klinicznego znaczenia oddziaływania moczu z 10% rozczynem azotanu rtęciowego** (liquor Belosthii). (Russkij Wracz, 1911, Nr 35). W 1906 Efimow ogłosił swój sposób rozpoznawania glist w drogach pokarmowych człowieka zapomocą gotowania moczu z 10% rozczynem azotanu rtęciowego. O wyniku dodatnim świadczyć miał mniej lub więcej na ciemno zabarwiony osad, tworzący się po dodaniu do moczu płynu Belosta, jeśli zaś osad po gotowaniu pozostawał białym lub zlekka szarawym, miało to świadczyć o wyniku ujemnym. Cały szereg późniejszych autorów nie stwierdził swoistości odczynu Efimowa, gdyż znajdowano go także przy schorzeniach wątroby i ośrodkowego układu nerwowego, a także w chorobach, przebiegających z podniesieniem ciepłoty. Niemniej jednak istota odczynu moczu z płynem Belosta została niewyjaśnioną. Jedni z autorów podawali, że odczyn zależy od oddziaływania moczu, drudzy, że zależy on od zawartości soli amoniakalnych w moczu, inni zaś (Butenko, Beisele) sądzili, że zależy on od nieznanych składników, zawierających grupy amidowe. Znajdując odczyn ten u 84—91% chorych na porażenie postępowe, radzili niektórzy badacze używać go w celach rozpoznawczych przy tem cierpieniu, uważając go za odczyn swoisty, zależny od obecności w moczu nieznanych składników, tworzących się we krwi chorych na porażenie postępowe i stamtąd przechodzących do moczu.

Gilewicz i Hekker nie mogli stwierdzić swoistości omawianego odczynu w żadnej chorobie; znajdowali go także u ludzi zupełnie zdrowych. Natomiast badając rozczyny prawidłowych składników moczu 10% rozczynem azotanu rtęciowego, wykryli, iż rozczyn ten jest czułym odczynnikiem amoniaku, mocznika i kwasu moczowego. Występowaniu osadu ciemnego przeszkadzają chlorki i w rozczynach wyżej wymienionych składników moczu osad, powstający po dodaniu płynu Belosta bywa tylko wtedy ciemnym, kiedy ilość chlorków w rozczynie jest niedostateczna. Sole kwasu fosforowego wpływają na odczyn w ten sposób, iż dodanie ich do takich rozczynów amoniaku, kwasu moczowego lub też mocznika, z dodatkiem chlorków, które z płynem Belosta dają osad biały, wywołuje powstawanie osadu ciemno zabarwionego. Wobec tego autorowie doszli do wniosku, iż: 1) W moczu ludzkim znajduje się cały szereg połączeń, które z płynem Belosta dają mniej lub więcej ciemny osad. 2) Chemizm oddziaływania moczu z płynem Belosta jest nader złożony i zabarwienie osadu zależy od ustosunkowania prawidłowych składników moczu, dlatego też znaczenia klinicznego odczyn ten nie posiada i może występować także u ludzi zdrowych. Z. Gilewicz.

W. A. Barykin i P. Majkow. **O leczniczych własnościach surowicy przeciwbłoniczej.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 32). Sposób Ehrlicha określania siły surowicy przeciwbłoniczej zapomocą określania ilości jednostek antytoksycznych jest tak rozpowszechniony, że obecnie wszelkie zakłady, które zajmują się wyrabianiem surowic, najwięcej zwracają uwagi na zwiększanie ilości jednostek antytoksycznych w surowicy przeciwbłoniczej. Tam, gdzie istnieje państwowa kontrola nad surowicami, sposób Ehrlicha jest uważany za jedyną miarę dobroci surowic. Co więcej, nawet w tych przypadkach, gdzie ogromne ilości wysokowartościowej według Ehrlicha surowicy, wstrzyknięte chorym w czasie odpowiednim, nie dały spodziewanego wyniku leczniczego, szukają przyczyny niepowodzeń w nieprawidłowem rozpoznaniu, w zakażeniu mieszanem, w różnych innych warunkach, lecz nie w niedostatecznej sile leczniczej zastosowanej surowicy. W r. 1900 Roux, opierając się na doświadczenia Mansona i Danysza, wypowiedział twierdzenie, że lecznicze i ochronne własności surowicy nie zależą ściśle od ilości jednostek antytoksycznych. Oświadczenie Roux pociągnęło za sobą cały szereg prac, które dowiodły, że szybkość, dokładność i trwałość odczynów biologicznych nie zależy od ilości jednostek odporności, lecz od tak zwanej chwytliwości (Aviditát) niwecznika odnośnie do antygenu, którą to własność należy postawić w zależności od molekularnej budowy danej surowicy. Na szczególną uwagę zasługują prace Krausa i Schwonera. Barykin i Majkow wykonali cały szereg doświadczeń, mających na celu sprawdzenie doświadczeń Krausa i Schwonera, a także starali się opracować praktyczniejszy sposób badania własności leczniczych surowicy przeciwbłoniczej. B. i M. w zupełności potwierdzają wnioski Krausa i Schwonera, że lecznicza siła surowicy przeciwbłoniczej nie zależy jedynie od ilości jednostek antytoksycznych Ehrlicha, lecz głównie od owej chwytliwości surowicy względem toksyny błoniczej. Oprócz tego B. i M. twierdzą, że na przebieg doświadczenia na świnkach z toksyną i antytoksyną wpływa to środowisko, w jakiem wstrzykuje się toksynę i antytoksynę i za najlepsze uważają takie, które jak najbardziej odpowiada składowi soków ustroju danego zwierzęcia, a więc surowicę jego krwi. A. Modrzewski.

Prof. Grigorjew. **Nowy prosty sposób przygotowywania i przechowywania wysokowartościowej precypitacyjnej surowicy Uhlenhutha.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 36). Z doświadczeń Gr. wynika, że wysokowartościowa surowica precypitacyjna, zmieszana po połowie z 20% lub 30% alkoholem, nie traciła swej siły nawet po upływie 6 miesięcy i pomimo częstego otwierania butelki pozostała cały ten czas jałową. Ten sam sposób zastosował Gr. i do przechowywania wyciągów z plam krwawych, a także materyału, służącego do wstrzykiwań zwierzętom w celu otrzymania surowic precypitacyjnych. Przed użyciem zakonserwowanej surowicy lub innego materyału odparowywał Gr. rozczyn wyskokowy przy zwykłej ciepłocie pokojowej w ciągu 1—2 dni, rozcieńczał osad w stosownej ilości

roztworu fizyologicznego i w ten sposób przygotowany dopiero używał do doświadczeń. A. Modrzewski.

Kolcow. **Mór w stepach kirgizkich od 6. maja do 19. lipca 1911.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 35). Autor należał do komisyi, wysłanej w stepy Kirgizkie pod kierownictwem prof. Miecznikowa dla walki z morem. Na mocy badań statystycznych, epidemiologicznych i klinicznych stwierdza autor, iż 1) wśród Kirgizów mór jest chorobą endemiczną, 2) rozsadnikiem zarazy są gryzonie (bobaki), znajdujące się w stepach Kirgizkich w olbrzymiej ilości, 3) nasilenia epidemii moru są najczęstsze w miejscowościach, w których obficie urodziło »agrifolium arenarium«, służące Kirgizom i gryzoniom za pokarm, 4) skutki stosowania surowicy przeciwmorowej w celach zapobiegawczych, a także leczniczych, są wątpliwe. Z. Gilewicz.

Czausow. **Tarbagany a dżuma.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 24, 25). Tarbagan, jest to azyatycki bobak (arctomys bobac), który w ogromnej ilości znajduje się w Zabajkalu, Mongolii, Tybecie i niektórych innych krajach. Skórki tego zwierzęcia, oraz jego tłuszcz są przedmiotem handlu i dlatego istnieje wśród tubylców liczny zastęp myśliwych, którzy zmuszeni są wchodzić w bezpośrednią styczność z temi zwierzątkami. Wśród tarbaganów od czasu do czasu spostrzega się mór, który, według zdania wielu badaczy, jest identyczny z dżumą ludzką. Ponieważ dotychczas żadnemu z bakteryologów nie udało się zbadać chorego tarbagana, niezbitych danych w tej sprawie jeszcze nie mamy. Czausow, któremu udało się dostać 9 zdrowych tarbaganów, zajął się wyświetleniem pytania, o ile te zwierzęta są wrażliwe na zakażenie morowe i doszedł do wniosku, że wrażliwość tarbaganów pod tym względem jest bardzo wielka i że obraz anatomo-patologiczny choroby niczem nie różni się od obrazu moru u innych zwierząt pracownianych: świnek morskich, szczurów, myszy, królików i małp. Tarbagany zakażają się także i przez błonę śluzową nosa i oczu. Pożeranie padliny zwierząt przez ich współtowarzyszy można uważać za dowiedzione. Porównując dalej obszary, na których znajdujemy tarbagany i miejsca stale nawiedzane przez dżumę ludzką i rzekomą zarazę morową u tarbaganów, dochodzi Cz. do przekonania, że nigdy nie udało się stwierdzić, by zaraza morowa wybuchła pomiędzy tarbaganami samoistnie tam, gdzie nie było jej u ludzi. Sądzi on, że pierwotna zaraza wśród tarbaganów powstaje wskutek pożerania przez te zwierzątka zwłok tubylców, a chore lub padłe zwierzęta, dostawszy się do rąk łowców, powodują znowu szerzenie się zarazy wśród ludzi.
A. Modrzewski.

Szurupow. **O wrażliwości susłów na zakażenie dżumą.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 32). Wrażliwość bobaków azyatyckich czyli tarbaganów na mór można uważać za stwierdzoną na zasadzie prac doświadczalnych Szurupowa i Czausowa. W stepach Uralskich i Astrachańskich, gdzie, jak wiadomo, wśród Kirgizów bardzo często bywają epidemie moru, nadzwyczaj rozpowszechniony jest suseł (spermophilus). Gryzoń ten jest także rozpowszechniony we wschodniej Europie, na Kaukazie, w północnej Ameryce i Azyi. Dotychczas w piśmiennictwie niema żadnych wskazówek, aby susły chorowały na mór; dlatego właśnie Sz., któremu udało się dostać około 300 okazów susłów (spermophilus guttatus), zbadał doświadczalnie wrażliwość susła na zarazę morową. Dochodzi on do przekonania, że susły również jak tarbagany są nadzwyczajnie wrażliwe na zakażenie lasecznikiem dżumy. Łatwo i prędko zakażają się one nawet przy stosunkowo krótkim (3-godzinnym) wspólnym pobycie z choremi zwierzętami. Zakażenie następuje także, jeżeli zdrowe zwierzę umieszczono w klatce, gdzie przedtem znajdował się chory suseł. Sz. sądzi, że zarażenie następuje przez błonę śluzową nosa przy wdychaniu i przez błonę śluzową jamy ustnej przy spożywaniu materyału zakażonego dżumą. Radzi on zwrócić uwagę na wszelkie rodzaje gryzoniów w miejscowościach, którym dżuma zagraża. A. Modrzewski.

Neurologia i psychiatrya.

M. N. Łapinskij. **Rzadko spotykane formy ostrego otępienia pourazowego.** (Neurolog. Wiestnik, T. XVIII, z. 2). Streściwszy prace całego szeregu autorów, którzy opisywali zaburzenia umysłowe pourazowe, zwłaszcza zaś występujące po urazach głowy, przytacza autor dwa przez siebie spostrzegane przypadki. Pierwszy z nich dotyczy ślusarza kolejowego, ktory uderzony został w głowę 15-funtowym młotem, druga obywatela wiejskiego, który, poniesiony przez spłoszone konie, z wielką siłą wyrzucony został z sanek na zmarzłą ziemię. W obu przypadkach bezpośrednio po urazie wystąpiła utrata przytomności, trwająca czas dłuższy, oraz powtarzające się w ciągu tygodnia mniejwięcej wymioty. Potem u obu chorych rozwinął się identyczny prawie obraz choroby, wyrażający się wybitnem otępieniem umysłowem z nader znaczną utratą pamięci i silnie zaznaczoną apatyą. Z objawów somatycznych stwierdzono obniżenie czucia skórnego oraz odruchów błon śluzowych. Stan taki trwał prawie bez zmiany przez kilka miesięcy, poczem objawy chorobowe zaczęły słabnąć. Obaj chorzy powrócili do zdrowia mniejwięcej w $^1/_2$ roku po urazie.

Zastanawiając się nad obrazem oględzin pośmiertnych w podobnych przypadkach, zakończonych śmiercią, oraz nad wynikami odpowiednich badań doświadczalnych, dochodzi autor do przekonania, że na obraz, znany klinicznie pod nazwą »wstrząśnienia mózgu« (commotio cerebri) składają się dwie kategorye czynników. Pierwszą kategoryę, a mianowicie poraźne rozszerzenie drobnych naczyń mózgowych z następowym uciskiem tkanki mózgowej przez ciecz, przepełniającą okołonaczyniowe pochewki limfatyczne i przesączającą się do samej tkanki nerwowej, dalej nawet wytworzenie się pewnej ilości drobnych krwiaków ścian tętniczek (aneurysmata dissecantia), — o ile te zmiany nie przekraczają pewnych granic tak, że z czasem mogą ustąpić, — mamy prawo uważać jeszcze za zmiany przechodzące — inaczej mówiąc, czynnościowe. Natomiast zmiany samej tkanki mózgowej, polegające na zwyrodnieniu włókien lub komórek nerwowych, tworzą kategoryę zmian stałych, usunąć się niedających, czyli »anatomicznych« w ściślejszem znaczeniu tego słowa. Zależnie od tego, czy przeważa pierwsza, albo też druga kategorya, przebieg kliniczny choroby będzie pomyślny, jak to było w obu przypadkach autora, albo też przeciwnie zaburzenia będą miały charakter postępujący, doprowadzając do całkowitego trwałego otępienia, względnie do śmierci. S. Trzebiński.

Tutyszkin. **Gruźlicze charłactwo układu nerwowego.** (Obozr. psichiatr. newroł. Bechterewa, 1911, Nr 4). Na podstawie cudzych i własnych spostrzeżeń wytworzył sobie autor następujący pogląd na wzajemny stosunek gruźlicy do nerwic (histeryi, neurastenii, alkoholizmu, padaczki) oraz chorób umysłowych.

1) Zatrucie gruźlicze samo przez się usposabia do zaburzeń psychiki układu nerwowego. (Z jednej strony euforya gruźliczych, albo też pomieszanie omamowe, stany melancholijne i inne nieprawidłowości umysłowe, zdarzające się niejednokrotnie w końcowych zwłaszcza okresach gruźlicy, z drugiej zaś neurastenia lub histerya, wikłająca nieraz początkowe jej okresy).

2) Zdanie, wypowiedziane przez Charcota: »Les nerveux se recherchent« w tem znaczeniu, że mężczyźni nerwowo obciążeni na ogół często się łączą z takiemiż kobietami, należy rozszerzyć w sensie takim, iż również względnie często zdarzają się związki chorych na kiłę z alkoholikami. Że zaś alkoholicy łatwo zachorowują na gruźlicę, chorzy na gruźlicę także nierzadko oddają się alkoholizmowi, a nakoniec osobniki, należące do jednej i drugiej kategoryi, znowu mają skłonność do zawierania między sobą małżeństw, więc wynikiem tych wszystkich kombinacyi bywa tak zw. wielopostaciowa (polimorficzna) dziedziczność gruźliczo-kiłowo-psycho-neuropatyczna, wyrażająca

się występowaniem w takich rodzinach różnych psychoz i nerwic obok gruźlicy. Wywody swe popiera autor przykładami występowania obu grup stanów patologicznych w podwójnie, to jest gruźliczo i neuropatycznie obciążonych rodzinach, oraz powołaniem się na badania Rozanowa, które na 1000 protokółów sekcyjnych w zakładach psychiatrycznych Nowego Jorku wykazały 23·2% czynnej gruźlicy. W celu zmniejszenia wpływów szkodliwych, wynikających z powikłania gruźlicy chorobami nerwowemi i umysłowemi, proponuje autor przymusowe odosobnienie w sanatoryach osobników, mogących rozszerzać zakażenie gruźlicze, obok stworzenia zakładów o typie niemieckich »Erholungsheim« dla chorych, dotkniętych początkowymi okresami gruźlicy, zawsze prawie powikłanymi zaburzeniami sfery nerwowo-psychicznej. S. Trzebiński.

A. Muromcow. **Dwa przypadki postępującej przewlekłej pląsawicy.** (Obozr. psichiatr. newrot. Bechterewa, 1911, Nr 4). Opis historyi choroby oraz wyników badania pośmiertnego w dwóch przypadkach pląsawicy Huntingtona. Pierwszy dotyczył 50-letniego bezdomnego włóczęgi, drugi 51-letniej kobiety z alkoholizmem i przymiotem w wywiadach. W pierwszym przypadku podobno matkę chorego »trzęsło w taki sam sposób«, w drugim jeden z braci miał być »nerwowy«. Poza tem dziedzicznych wpływów nie było można wykazać. Choroba w obu przypadkach rozpoczęła się mniejwięcej na 10 lat przed przyjęciem do szpitala, powoli, ale stale postępując. W chwili przyjęcia u obojga chorych ruchy mimowolne odbywały się bezustannie, wzmagając się przy ruchach dowolnych oraz pod wpływem wrażeń, a ustając w czasie głębokiego snu. Istniało obniżenie grubej siły mięśniowej oraz napięcia mięśniowego u obojga chorych, najsilniej zaznaczające się w kończynach górnych — obok pewnego wzmożenia odruchów ścięgnowych. Czucie zachowane. Natomiast wybitne zaburzenia psychiczne; w pierwszym przypadku o typie otępienia z utratą pamięci i apatyą, w drugim również otępienia, ale połączonego z drażliwością i skłonnością do gwałtownych wystąpień. Po upływie 2—3 miesięcy oboje chorzy, których stan zresztą od czasu wstąpienia do szpitala stale się pogarszał, zmarli wśród objawów ostrego nieżytu dróg pokarmowych.

Wyniki badania pośmiertnego narządów nerwowych w obu przypadkach mało się od siebie różniły. I tu i tam zmętnienia i obrzęk miękkich opon mózgowych, przekrwionych w pierwszym, a niedokrwionych w drugim przypadku, pod mikroskopem zaś drobnokomórkowe nacieczenie okołonaczyniowe opon miękkich, zwłaszcza w okolicy zwojów posrodkowych (centralnych). Dalej nizka waga mózgu, 1090 i 1085 gramów, oraz zanik zwojów mózgowych i zmiany naczyń mózgowych. W pierwszym przypadku naczynia korowe, zwłaszcza zwojów pośrodkowych, rozszerzone i wypełnione krwią, która dostawszy się do pochewek limfatycznych i tkanki mózgowej, w niektórych razach doprowadziła do wytworzenia się formalnych jamek. W wielu naczyniach drobnoustroje, gdzieniegdzie wylewy krwi »per rhexin«. Ścianki naczyń w wielu miejscach zgrubiałe, w nich nieraz nagromadzenie zielonawego barwnika. W drugim przypadku przeważają w naczyniach zmiany sklerotyczne i naczynia niekiedy zupełnie zamknięte i zastąpione przez naczynia nowoutworzone. Ani tu, ani tam, jak to autor wyraźnie podkreśla, nie znaleziono plazmocytów. Ilość komórek nerwowych w korze mózgowej w obu przypadkach zmniejszona, prócz tego w zachowanych komórkach często zmiany degeneracyjne. W przestworach okołokomórkowych wielka ilość t. zw. »Trabantenzellen«. Zmiany te, najwybitniejsze w korze zwojów pośrodkowych, znajdują się też w móżdżku, wzgórkach wzrokowych i w okolicy jądra czerwonego. W rdzeniu mniej wyraźne zmiany komórek nerwowych, natomiast więcej jamek, powstałych w sposób powyżej opisany. Włókna nerwowe również częściowo zwyrodniałe lub zanikłe. W korze mózgowej zmiany te dotyczą włókien poziomych (tangencyalnych), supraradyalnych i promienistych (radyalnych), w rdzeniu przeważnie włókien, na obwodzie przekroju leżących.

Autor uważa swoje przypadki, a przynajmniej drugi, za potwierdzenie zdania, wypowiedzianego poprzednio już przez innych autorów, że dla pojęcia pląsawicy Huntingtona nie jest konieczna obecność dziedziczności w ciasnem, pierwotnie przez Huntingtona ustanowionem znaczeniu. W wielu przypadkach, należących bezsprzecznie do kategoryi tej ciężkiej choroby, daje się bowiem wykazać w najbliższej rodzinie chorego co najwyżej tylko wogóle nerwowe obciążenie. S. Trzebiński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 3. VII. 1911 r.

1) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. Maryana Eigera: **Podstawy fizyologiczne elektrokardyografii.** Część I. Kształt zasadniczy krzywej elektrokardyograficznej i wyjaśnienie powstawania załamków krzywej.

Autor dokonał szeregu doświadczeń na niewyciętych i wyciętych sercach żab, a poczęści i psów, następnie na jednoprzedsionkowych i jednokomorowych sercach ryb i ostryg oraz raków. Za materyał doświadczalny służyły nietylko serca całe, lecz również części serca, samoistnie bijące i odosobnione; więc przedsionki po odcięciu komory, bijąca zatoka żylna żab po odcięciu przedsionków wraz z komorą, kurcząca się samoistnie opuszka tętnicy głównej, wreszcie bijące wpusty żył głównych.

Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Pogląd dotychczasowy, jakoby załamki krzywej elektrokardyograficznej Q, R, S i T były wyrazem zjawisk elektrycznych, występujących wyłącznie w komorach, jest nieuzasadniony. 2) Analogiczne załamki q, P, s i t występują zarówno w nieodciętych, jak w odciętych przedsionkach serca żabiego. 3) Załamki, analogiczne do komorowych R, S, T, występują również w bijącej opuszce tętnicy głównej i zatoce żylnej. 4) Ponieważ pęczek Tawary, wchodząc do komory, rozgałęzia się pod wsierdziem, tak iż część włókien idzie ku górze, ku podstawie komory, a druga część ku koniuszkowi serca, przeto stan czynny po wejściu do komór rozchodzi się jednocześnie ku podstawie komory i ku koniuszkowi serca. Wyrazem przejścia stanu czynnego przez podwsierdziowe włókna ku podstawie komory jest załamek Q, a wyrazem przejścia tegoż stanu i ku koniuszkowi serca jest załamek R. W przedsionkach stan czynny, przechodzący z zatoki żylnej, rozchodzi się również jednocześnie ku górze i ku dołowi i dlatego z przedsionków otrzymuje się podobne załamki q i P. 5) Załamek S i T otrzymuje się nietylko z zagiętych dwukomorowych serc zwierząt wyższych, lecz z serc prostych jednokomorowych i jednoprzedsionkowych, oraz z serca raka. 6) Krzywa elektrokardyograficzna komory lub przedsionka powinna być podzielona na dwie odrębne części, genetycznie różne. a) Załamki Q, R, S (względnie q, P, s) stanowią odrębną całość i są wyrazem prądów czynnościowych przedskurczowych oraz różnic potencyałów, wytwarzających się w sercu przed okresem mechanicznej czynności (»okres prądów czynnościowych«). b) Okres S_0 T wraz z załamkiem T (względnie s_0 t i t) czyli »okres biochemizmu« jest wyrazem procesów chemicznych, zachodzących w sercu w czasie jego mechanicznej czynności. Wzmagając proces anabolizmu lub katabolizmu, można w okresie tym wywoływać poniekąd dowolnie wychylenia w odpowiednim kierunku.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. J. Dunin-Borkowskiego: **O polaryzacyi nerwów.** Autor opraco-

wał nową metodę mierzenia polaryzacyi nerwów, która pozwala badać prawa polaryzacyi (zależność polaryzacyi od czasu i od siły polaryzującej). Autor stwierdza: 1) że po upływie pewnego czasu polaryzacya dochodzi do maksymalnej wartości, potem maleje; 2) że opór nerwów podczas polaryzacyi wzrasta tylko w przypadku używania silnych prądów. Ten ostatni fakt uzasadnia możliwość całkowania równania Hermanna, które wyraża prawo polaryzacyi nerwów. Autor znalazł również prawo depolaryzacyi nerwów, które w pracy podaje i dyskutuje.

3) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę własną p. t.: **Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych, oraz ich źródło.** Autor twierdzi i przytacza na to dowody, że w mięśniach najzupełniej nieuszkodzonych można zawsze wykazać na powierzchni prądy, mające kierunek wstępujący. To samo można widzieć także na mięśniach uszkodzonych, pozostających w spoczynku, jeżeli połączymy poprzeczny przekrój dolny z poprzecznym górnym. Elektromotoryczne siły mięśni, według autora, mają swe źródło w przemianie materyi, która charakteryzuje mięsień żywy, i znikają, gdy mięsień umiera lub zostaje uśpiony eterem lub chloroformem.

4) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i L. Krauzego: **O kwasie oksyprotsulfonowym.** (Część I.). Autorowie utleniali różne gatunki białka kameleonem. Otrzymany produkt, nazwany przez Malego kwasem oksyprotsulfonowym i uważany przez nowszych badaczy za mieszaninę różnych ciał, udało im się przez wygotowanie najpierw z bezwodnym kwasem octowym, a potem z 96% alkoholem, rozdzielić na kilka składników, różniących się rozpuszczalnością w tych odczynnikach. Rozdzielone składniki badali następnie co do zachowania się względem odczynników białka: odczyn Millona i ksantoproteinowy wypadły ujemnie, Molischa i Adamkiewicza naogół dosyć niepewnie, natomiast odczyn biuretowy i z ługiem i octanem ołowiu każą przypuszczać, że poszczególne frakcye przedstawiają rozmaite stopnie utlenienia białka. Spalenia elementarne nie doprowadziły do pewniejszych wniosków, dalsze więc badania nad istotą tych wyosobnionych produktów są w toku.

5) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. A. Krzemeckiego: **O jodowaniu i bromowaniu ciał białkowych.** Autor poddawał rozmaite białka działaniu eterowego i metyloalkoholowego rozczynu jodu i bromu i otrzymał produkta białkowe, zawierające max.: a) przy użyciu białka kurzego 28·29—29·6% J i 18·05% Br, b) przy użyciu białka z krwi 28·48% J i 20·49% Br, c) przy użyciu sernika 19·1—24·9% J, d) przy użyciu białka roślinnego 34·6% J, przy możliwie nierozłożonej cząsteczce białka. Otrzymane produkta badano dalej pod rozmaitymi względami. Przy ogrzewaniu jodowanych produktów z lodowatym kwasem octowym, jakoteż przy traktowaniu na zimno acetonem i tiosiarczanem sodowym odszczepiają się pewne ilości chlorowców, z czego autor wnosi, że istnieją one w białku w rozmaitych wiązaniach. Przy gotowaniu z wodą wysoko jodowane i bromowane produkta białka przechodzą z krwi całkowicie do rozczynu, podczas gdy takie produkta z białka kurzego i sernika przechodzą do rozczynu tylko częściowo. Produkta rozpuszczalne w wodzie rozpuszczają się w alkoholu i z alkoholowych rozczynów strącają się eterem. I te produkta zawierają również chlorowiec. Próby trawienia jodowanych i bromowanych produktów białkowych dały we wszystkich przypadkach wyniki dodatnie. Autor wreszcie badał zachowanie się różnych drobnoustrojów na pożywkach, zawierających niewielkie ilości tych produktów, przyczem okazało się, że produkt jodowany jest mniej korzystny dla rozwoju drobnoustrojów, niż produkt bromowany.

6) Czł. H. Kadyi przesyła pracę p. W. Markowskiego: **O rozwoju zatok żylnych opony twardej i żył mózgu u płodów człowieka 15·5—49 mm.** Praca jest oparta na zbadaniu 9 płodów człowieka długości 15·5—49 mm, czterech metodą Borna rekonstrukcyi plastycznej, pięciu innych na seryi skrawków. Autor wykazuje, że oprócz zatok skalistych, których zawiązki występują jako pojedyncze żyły, wszystkie inne zatoki opony twardej powstają ze splotów żylnych. Te sploty leżą w powierzchownej warstwie (odpowiadającej oponie twardej) tkanki oponotwórczej, oddzielone grubym, nieunaczynionym jej pokładem od żył przy mózgu biegnących. Można je podzielić na parzyste i nieparzyste Do parzystych należą z każdej strony dwa sploty, które autor nazywa: »plexus lateralis anterior« i »plexus lateralis posterior«. Ten ostatni uchodzi do początku żyły szyjnej wewnętrznej, z pierwszego zaś odprowadzają krew dwie grupy żył (obejmujących zwój nerwu troistego) do żyły kształtu esowatego, która leży przy podstawie czaszki i powstała, jak wykazał Selzer, przez połączenie się odcinków »v. capitis medialis (v. cardinalis anterior)« i »v. capitis lateralis« kręgowców. Oba wspomniane sploty żylne łączą się w dalszym rozwoju ze sobą oraz z podobnymi splotami przeciwnej połowy głowy w nieparzysty, trójkątny splot żylny, który u starszych płodów leży w potylicznej okolicy głowy; pozostałością jego jest »torcular Herophili (confluens sinuum)«. Z »plexus lateralis anterior« łączy się bezpośrednio nieparzysty splot opony twardej, który rozciąga się w płaszczyźnie środkowej ponad mózgiem; można go podzielić na części: »plexus medianus mesencephali« i »plexus medianus prosencephali«. Powierzchowna część tego ostatniego, którą autor wyróżnia od reszty splotu jako »plexus sagittalis superior«, bierze udział w budowie zatoki tej samej nazwy; z głębokiej części, leżącej między półkulami na górnej ścianie międzymóżdża, powstaje w rozwoju nieparzysta żyła, nazwana »v. mediana prosencephali«, obie «vv. cerebri internae«, które przez częściowe zlanie się tworzą »v. cerebri interna communis«.

Między »plexus lateralis anterior« a »plexus lateralis posterior« tworzy się z boku tyłomóżdża połączenie żylne, które wraz z końcową częścią wspomnianego splotu tworzy zawiązek zatoki esowatej W przedłużeniu tej zatoki wyróżnia się nieco później w »plexus lateralis anterior« zawiązek poziomego ramienia zatoki poprzecznej, do którego uchodzą wszystkie żyły splotu. Zatoka poprzeczna jest połączona z »v. capitis medialis« zapomocą dwóch żył, które autor nazywa »v. tentorii« (kranialna) i »v. prootica« (kaudalna). Odprowadzają one część krwi, gromadzącej się w zatoce poprzecznej do »v. capitis lateralis« (druga część odpływa do zatoki esowatej) tak długo, dopóki ta utrzymuje się w związku z żyłą szyjną wewnętrzną. Po zaniku »v. capitis lateralis«, krew żylna z czaszki przechodzi w całości przez zatokę esowatą i opuszcza jamę czaszki przez otwór jarzmowy (f. jugulare). Taki stan w układzie żylnym występuje już u płodu długości 33 mm.

Autor opisuje rozwój wymienionych splotów żylnych i żył, ich znaczenie i udział w powstawaniu ostatecznych zatok żylnych opony twardej. Posługując się metodą rekonstrukcyi plastycznej, autor mógł sprostować zapatrywania poprzednich badaczy na rozwój zatok żylnych opony twardej i uzupełnić obraz tego rozwoju nowemi spostrzeżeniami. Po omówieniu rozwoju każdej zatoki, autor opisuje żyły oczodołu i wykazuje, że pierwotnie są dwie żyły odprowadzające krew z tej okolicy, które wpadają do »v. capitis medialis«. Przednia z nich, uważana dotychczas za zawiązek żyły ocznej, zanika, a utrzymuje się w rozwoju tylko tylna, przez Malla nie zauważona.

Posiedzenie dnia 17. VII. 1911 r.

1) Czł. M. Siedlecki przedstawia pracę własną p. t.: **O związku pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną.** Autor omawia związek między warstwami skóry na przylgach jawańskiej żaby latającej. Nabłonek, pokrywający ten narząd, różni się bardzo wybitnie od nabłonka, występującego na powierzchni reszty ciała; jest on złożony z kilku (5—7) warstw komórek dużych, prążkowanych podłużnie, a przypominających swą budową nabłonek włóknisty z przylg naszej rzegotki. Autor stwierdza, że komórki warstwy podsta-

wowej wydają wypustki ku skórze właściwej i łączą się z komórkami oraz z włóknami łącznotkankowemi, a prócz tego z mięśniami gładkimi, przebiegającymi w corium; bezpośredniego połączenia nabłonka z włóknami elastycznemi niema. Włókna elastynowe dochodzą do samej podstawy nabłonka, dążąc prostopadle lub ukośnie ku powierzchni skóry, a pod samą warstwą nabłonkową tworzą gęstą sieć, oplatającą wypustki komórek nabłonkowych; przez oczka tej sieci przechodzą wiązki włókien łącznotkankowych i wypustki komórek, dążące ku nabłonkowi. Połączenie między komórkami oraz włóknami tkanki łącznej utrzymuje się nawet wówczas, kiedy komórki nabłonkowe wchodzą w okres rozrodu przez karyokinezę, i nie przerywa się nawet podczas końcowych okresów tego procesu, kiedy komórki potomne ulegają przesunięciu. Jeśli jedna z komórek potomnych przesuwa się ku górnym warstwom, wówczas ten jej koniec, który był połączony z elementami łącznotkankowymi, wydłuża się tylko, lecz się nie przerywa; wskutek tego między komórkami dolnej warstwy nabłonka istnieją wypustki, idące od komórek z warstw wyższych ku tkance łącznej. Nietylko zatem dolna warstwa nabłonka, lecz i górne jego częsei są ściśle i bezpośrednio związane z podstawą łącznotkankową. Dopiero w dwóch najbliżej powierzchni położonych warstwach ten związek rozluźnia się wskutek zmiany w budowie komórek nabłonkowych. Wreszcie autor omawia szczegółowo budowę włóknistą komórek nabłonkowych oraz jej związek z czynnością przylgi; ścisły związek wszystkich warstw skóry oraz wzmocnienie nabłonka włóknami zapobiega uszkodzeniu warstwy nabłonkowej podczas gwałtownego odrywania przylgi przez zwierzę, skaczące po liściach lub czepiającc się przylgami gładkiej podstawy.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i Z. Zbijewskiego: **O czerwonych ciałach brucyny.** W pracy niniejszej opisują autorowie badania nad działaniem chloru i bromu na brucynę. Z badań tych wypływa, że przez działanie owych chlorowców jedna albo dwie grupy metoksylowe brucyny mogą być zamienione na grupy hydroksylowe. Otrzymuje się przytem ciała czerwone, bardzo łatwo rozpuszczalne w wodzie, zawierające wspomniane chlorowce.

(Treść innych prac, przedstawionych na tych posiedzeniach, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 8. marca 1911.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kol. Grosglik przedstawił 4-miesięczne dziecko, u którego rozpoznał na prąciu **gruźlicze owrzodzenie po rytualnem obrzezaniu**, oraz chorego z wysypką przymiotową guzkową, któremu wstrzyknął **salvarsan** i kobietę po wstrzyknięciu tego przetworu. (Przypadki ze szpitala Poznańskich).

2. Kol. Tomaszewski: **O obecnym stanie dyagnostyki czynnościowej nerek.** Polega ona na szeregu metod badania, pozwalających nam wnosić o czynności nerek i o stopniu ich zdolności do pracy. Metody te, według Kapsammera, można podzielić na trzy grupy. Do pierwszej zaliczają się sposoby oparte na fizyczno-chemicznych podstawach, bez jakiegokolwiek sztucznego wpływu na czynność nerek; do takich należą: kryoskopia, przewodnictwo elektryczne i określenie współczynników łamliwości w moczu. Do drugiej, — sposoby, zapomocą których sztucznie oddziałujemy na wydzielniczość nerek, wprowadzając do ustroju rozmaite środki, czy przez usta, czy pod skórę, czy też do żył; tu należą próby z florydzyną, z błękitem metylenowym, z indygokarminem i rozcieńczanie moczu. Do trzeciej wreszcie grupy należą próby doświadczalne zjadliwości moczu. Prelegent omówił wszystkie te metody, wykazał ich dobre i złe strony, więcej szczegółowo uwzględnił kryoskopię i próbę z florydzyną, jako znane mu praktycznie z kliniki krakowskiej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Perlis zwrócił uwagę, że prelegent nie wyprowadził ogólnego wniosku o wartości omawianych metod, oraz dodał, że dla chirurga pozostaje rzeczą bardzo ważną stwierdzenie zmian anatomicznych w drugiej nerce.— Kol. M. Silberstrom wspomniał o nowym przyrządzie do kryoskopii. — Kol. Sonnenberg omówił szczegółowo metodę Albarrana z polyuryą doświadczalną, która to metoda polega na tem, że pod wpływem przyjętego przez chorego obfitego napoju (3 szklanek wody lub odwaru jęczmiennego) następuje zaraz po wypiciu wzmożone wydzielanie moczu ze strony zdrowej nerki, ze strony zaś chorej nerki ilość moczu ulega bardzo tylko nieznacznym wahaniom. Sonnenberg szczegółowo opisał technikę wykonywania tej próby, na którą Albarran zapatruje się, jako na próbę, dającą najwięcej gwarancyi ze wszystkich prób, stosowanych do określania sprawności czynnościowej nerek. — Na uwagę kol. Perlisa w sprawie wartości określania zmian anatomicznych w drugiej nerce, odpowiedział Sonnenberg, że określanie sprawności czynnościowej nerki jest dla chirurga rzeczą niemniej ważną. Jako dowód przytoczył Sonnenberg przypadki, kiedy wobec potrzeby usunięcia nerki, dotkniętej gruźlicą, znajdujemy w moczu z drugiej nerki białko; objaw ten bynajmniej nie stanowi przeciwwskazania do usunięcia chorej nerki, ponieważ białkomocz może tu być tylko wyrazem zaburzeń toksycznych, dających się usunąć, lub może być następstwem naprzykład ograniczonego zwyrodnienia skrobiowatego, które może się zatrzymać i nie rozszerzać dalej; i odwrotnie, w przypadku naprzykład marskości drugiej nerki, kiedy w moczu z tej nerki nie stwierdzamy wcale białka, wykonana nefrektomia sprowadzi w ciągu kilku dni śmierć, gdy natomiast stwierdzenie niesprawności czynnościowej tej nerki i powstrzymanie się od operacyi — przedłuży życie chorego.

3. Kolega przewodniczący zawiadomił obecnych, że komitet organizacyjny Zjazdu, wobec blizkiego wyjazdu z Łodzi kolegi W. Jasińskiego, proponuje na jego miejsce kol. Tomaszewskiego. Wybór przez aklamacyę został przyjęty.

Posiedzenie d. 22. marca 1911.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kol. M. Cohn przedstawił (ze szpitala im. Poznańskich) kobietę **z brakiem błony dziewiczej, pochwy i macicy.**

2. Kol. Grosglik przedstawił (ze szpit. im. Poznańskich) kobietę, obserwowaną wspólnie z kol. Klozenbergiem, u której rozpoznali **twardzinę skóry.**

3) Kol. Abutin przedstawił (ze szpit. Poznańskich) 3 przypadki wrzodu pierwotnego; zastosował **salwarsan.**

4. Kol. Sterling: **O katalizie.** Kataliza z punktu widzenia fizyologii. Energetyka odczynu. Rola katalizy jako czynnika przezwyciężającego opór i przyspieszającego przebieg odczynu, bez zakłócenia prawa zachowania energii. Fermenty organiczne i t. zw. fermenty nieorganiczne. Analogie w ich działaniu. Rola domniemana katalizy w przebiegu wymiany materyi. Utlenianie w ustroju, oksydazy. Możliwy wpływ na przemianę węglowodanów. Rola domniemana soli w pożywieniu; rola zaczynów wprowadzauych z pokarmem (kofermenty). Widoki wyzyskania katalizy w celach leczniczych (domniemane działanie katalityczne metalów koloidalnych; działanie żelaza, rtęci, jodu). Działanie katalityczne soli wchodzących (często w minimalnych ilościach) w skład wód mineralnych leczniczych. Niższość wód sztucznych w porównaniu z naturalnemi. (Streszczenie własne).

5) Przewodniczący zakomunikował obecnym, że na ręce zarządu złożono podanie, podpisane przez 10 kolegów. Podpisani, powołując się na fakt niezwykle jaskrawej reklamy lekarzy w prasie miejscowej i na udział w reklamie niektórych członków Towarzystwa, proszą zarząd o wy-

konanie uchwały, objętej artykułem 7 »Opinii Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w sprawie ogłoszeń lekarzy«. Po krótkiej dyskusyi Ogólne Zebranie uchwaliło polecić zarządowi wykonanie uchwały, objętej wymienionym artykułem.

6) W końcu posiedzenia kol. Tomaszewski pokazał fotografię dziecka, dotkniętego **obojnactwem.**

Posiedzenie d. 5. kwietnia 1911.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Zakomunikowano, że na posiedzeniu zarządu Towarzystwa, odbytem wspólnie z Komitetem organizacyjnym Zjazdu w d. 4. kwietnia r. b., uchwalono z okazyi 25-lecia Towarzystwa ofiarować dyplomy członków honorowych członkom-założycielom Towarzystwa, których obecnie Towarzystwo liczy 3, oraz 33 lekarzom z Warszawy, prowincyi, Galicyi i Księstwa Poznańskiego za zasługi położone bądź na polu naukowem, bądź społeczno lekarskiem. Ogólne Zebranie zaaprobowało powyższą uchwałę zarządu i komitetu. Postanowiono zaprosić do napisania historyi Towarzystwa kolegów: Pinkusa i Kolińskiego, oraz uchwalono, aby na odczyty na posiedzenia jubileuszowe Towarzystwa w d. 3. czerwca r. b. przyjmować jedynie referaty, stanowiące wynik samodzielnej pracy autora.

2. Przeczytano zaproszenie, które otrzymał zarząd od Stowarzyszenia lekarzy rosyjskich w Moskwie na uroczystość jubileuszową z powodu 50-lecia instytucyi w d. 28. b. m. Postanowiono wysłać telegram.

3. W końcu posiedzenia wybrano z przyczyny wyjazdu kol. W. Jasińskiego bibliotekarzem II. kol. Goldberga.

Sonnenberg.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 27. VI. 1911 r.

1) Lustgarten przedstawia chorą E. P., l. 25, mężatkę. Dziedzicznie nieobarczona, do 14. r. ż. była zdrowa. Wtedy po stwierdzeniu u koleżanki nierównego ustawienia łopatek, poczęła ją prześladować myśl, że i ona ma jedno ramię wyższe. Mimo, iż zapytywany o to lekarz zaprzeczył temu, nie mogła się chora blizko przez rok pozbyć tej myśli, czuła się ogromnie nieszczęśliwą, płakała, nie jadła, nie spała. W 20. roku życia, stawszy się przypadkiem świadkiem spółkowania, blizko rok miała to ciągle w pamięci, czując się bardzo nieszczęśliwą, mimo, iż wyszła za mąż, a z małżeństwa była zadowoloną. Obecnie od 7 miesięcy, odkąd odwiedziła ją siostra, mająca skrzywienie kręgosłupa, prześladuje chorą myśl, że jej dziecko, a potem, że ona sama ma takież skrzywienie. Porady lekarskie nic nie pomogły; chora jest w najwyższym stopniu nieszczęśliwa, straciła zupełnie apetyt, bardzo znacznie schudła, po nocach mało sypia, a i we śnie prześladuje ją myśl o chorobie, nabrała wstrętu do siebie, aż wreszcie przed 3 tygodniami popełniła zamach samobójczy (gazem świetlnym) i ponowiła go przed tygodniem (lysolem). L. rozpoznaje **okresową depresyę,** w której przebiegu za każdym razem wysuwa się na czoło objawów jakieś silne urojenie hypochondryczne.

W dyskusyi Piltz przytacza własne spostrzeżenie, w którem chora po zapuszczeniu kropli do oka jest przekonana, że ma zniekształcenie twarzy i jest z tego powodu bardzo nieszczęśliwa; leczenie jest bez skutku. Zdaniem P. w każdym razie w tych przypadkach chodzi o odrębną postać depresyi, różną od innych stanów maniakalno-depresyjnych. P. podkreśla cechy zwyrodnienia u przedstawionej chorej, tak pod względem fizycznym, jak i psychicznym, świadczące, że zewnętrzne wpływy nie odgrywają tu roli, ale dziedziczność. — Jasieński podnosi chęć podobania się od wczesnego dzieciństwa i inne płciowe objawy u chorej i sądzi zgodne z kol. Franklem, że w psychice chorej jest dużo cech histerycznych i że depresya wystąpiła w przebiegu histeryi. — Borowiecki wskazuje na małą żywość psychiczną chorej, co przemawia przeciw histeryi.

2) Dąbrowski przedstawia chorego J. W., l. 24, kowala. Od 15. r. ż. alkoholizm. Kiły miał nie przebywać. Chory od $3^1/_2$ roku; zrazu cierpnięcie w nodze prawej, idące od dołu ku górze, po trzech miesiącach sztywność i utrudnienie ruchów tej nogi, obok mimowolnych ruchów w stopie prawej ku górze i ku dołowi. Te napady trwały około $1^1/_2$ roku, występując raz lub dwa na miesiąc. Od dwóch lat mimowolne ruchy w dużym palcu prawej nogi, następnie występują bardzo silne drgawki w całej nodze, równocześnie prawie kłucie w barku lewym, poczem drgawki równie gwałtowne obejmują kończynę górną prawą, głowa zaś przekręca się w stronę lewą, — wówczas chory traci przytomność. Utrata przytomności trwa 10—15 minut. Chory nigdy nie upadł, ani nie potłukł się, gdyż w razie napadu, gdy jest jeszcze przytomny, kładzie się do łóżka. Języka nie przygryza, mocz bezwiednie nie odchodzi. Zmian w zakresie nerwów czaszkowych niema. Wszystkie odruchy na kończynach górnych żywsze po str. prawej, niż po lewej. Lekki bezład obustronny; lekkie drżenie przy rozstawionych palcach. Odruchy brzuszne i jądrowe po str. prawej słabsze, niż po lewej. — Kończyna dolna prawa cieńsza. Wszystkie ruchy czynne możliwe, lecz upośledzone, przy ruchach biernych da się stwierdzić stan kurczowy. Odruchy ścięgniste po str. prawej bardzo znacznie wzmożone, drganie padaczkowate stopy i rzepki. Odruchu Babińskiego, Oppenheima, Strümpla niema; objaw Mendel-Bechterewa dodatni i wybitny bezład ruchów po str. prawej. Mierne zaburzenia czucia położenia, w palcach nogi prawej. Chód poraźno-kurczowy w kończynie prawej. Próba Wassermanna-Dungerna z wynikiem ujemnym. D. rozpoznaje tu **padaczkę Jacksona,** o ciemnej etyologii.

W dyskusyi Landau uważa guz za nieprawdopodobny, ponieważ sprawa trwa od 3 lat, bole głowy wystąpiły dopiero przed 3 miesiącami, wymiotów brak, na dnie oczu niema zastoiny żylnej, przeciw kile przemawiają wywiady, ujemny odczyn Wassermanna i stan źrenic; natomiast podnosi L. stwierdzone nadużywanie alkoholu, gwałtowność napadów, podobne zaś objawy spostrzegano już przy **pachymeningitis haemorrhagica.**

Wiadomości bieżące.

Kraków. »Towarzystwo lekarzy galicyjskich« ogłasza, co następuje:

»W myśl ustawy Towarzystwa złożono w depozycie Banku krajowego we Lwowie papiery wartościowe, należące do fundu-

szów Towarzystwa dla wsparcia wdów i sierot po lekarzach. Dotąd złożono 271.100 koron w walorach, mających zabezpieczenie pupilarne. Wobec wzrastającej czynności w Towarzystwie, okazała się potrzeba urządzenia biura, w którem mogą się gromadzić funkcyonaryusze Towarzystwa i mieć pod ręką księgi kasowe, funduszowe, podatkowe, morszyńskie, dalej spisy członków, wykazy prenumeratorów pism, kopiały i księgi korespondencyjne. Biuro znajduje się w zabudowaniu Polikliniki powszechnej, Lwów, ulica Lindego l. 5. Podnieść należy, że Poliklinika w uwzględnieniu celów dobroczynnych, którym służy Towarzystwo lekarzy galicyjskich, wynajęła pokój na biuro z oświetleniem i opałem za bardzo nizką cenę«.

— Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W ubiegłych kilku miesiącach weszły do Towarzystwa dość liczne podania wdów i sierot po lekarzach o pensyę i zapomogi, poparte przez oddziały Towarzystwa lub poważnych kolegów. Okazało się jednakże, że zmarli koledzy do Towarzystwa lekarzy galicyjskich nie należeli, skutkiem czego zarząd nawet zapomóg udzielić nie mógł, gdyż nie może uszczuplać i tak skromnych pensyi i zasiłków dla wdów i sierot po członkach Towarzystwa. Jedna np. wdowa pozostała z 5 dziećmi, druga z czworgiem, inna ma lat 70 i t. d., wszystkie bez sposobu do życia. Zmarłym kolegom, jak stwierdzono, dobrze się za życia wiodło i z łatwością mogli wkładki płacić. Roczna należytość wynosi 25 koron, z tego przypada 18 koron na pisma, bez których lekarz stanąłby poza ruchem naukowym, a za resztę 7 koron zapewnia potrzebującej wdowie pensyę, a sierotom zapomogę. Gdyby wszyscy koledzy wstąpili do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, podobne przykre i smutne przypadki nie zdarzałyby się. Dotąd z lekarzy zamieszkałych na prowincyi należy do Towarzystwa tylko 250.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWPP. Radcy Dworu Prof. Wicherkiewiczowi z Krakowa i Drowi Serkowskiemu z Warszawy za cenne książki ofiarowane dla Biblioteki Towarzystwa, oraz WP. Zofii Wojciechowskiej, za ofiarowanie księgozbioru, pozostałego po ś. p. Dr Macieju Muszyńskim.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Redakcya Kalendarza lekarskiego krakowskiego uprasza wszystkich Kolegów, którzy w ostatnim roku zmienili swe miejsce pobytu lub mieszkanie, oraz Kolegów, którzy świeżo ukończyli studya i w poprzedniem wydaniu Kalendarza nie byli umieszczeni, o nadsyłanie swych adresów celem umieszczenia ich w spisie lekarzy galicyjskich na ręce Redaktora Kalendarza, Prof. Dr L. K. Glińskiego (Kraków, Collegium medicum, ul. Grzegórzecka 22).

— Ministerstwo oświaty uznało »veniam legendi« z zakresu psychiatryi, uzyskaną przez Dr Jana Mazurkiewicza na Uniwersytecie lwowskim, za ważną w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Dr Rossberger z Jarosławia poruszył myśl założenia w Karlsbadzie schroniska dla lekarzy na wzór schronisk, utworzonych w innych zdrojowiskach.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. X. do 14. X. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 2 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 7 † 1, ospy wietrznej 3, płonicy 25 † 1 (2 † —), odry 11 † 2, duru brzusznego 8 † — (4 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 2 † 2 (1 † 1), tężca 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (41) proponuje, aby w »Przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, wychodzącym corocznie w Warszawie, zamieszczać tylko takie rozprawy i demonstracye, co do których we wskazanem źródle można znaleść jakiś rzeczowy opis, a nie sam tylko tytuł.

— Dnia 13 b. m. odbyło się posiedzenie Komisyi antropologicznej przy Wydziale II. Towarzystwa naukowego warszawskiego, na którem p. Edward Loth odczytał następujące referaty: 1) Kilka przypadków waryacyi uzębienia u małp. 2) O potrzebie jednolitego systemu przy badaniu antropologicznem części miękkich. 3) O ważniejszych różnicach antropologicznych w układzie mięśniowym murzynów.

Mianowani: Profesorem chirurgii w Göttingen Prof. Stich z Bonn, profesorem fizyologii w Newcastle Dr Bainbridge, profesorem chirurgii w Marburgu Prof. Fr. König z Gryfii, profesorem med. wewn. w Würzburgu Prof. Gerhardt z Bazylei.

Zmarli: Okulista Prof. Michel w Berlinie, ginekolog Doc. Sitzenfrey w Giessen, znany z prac nad cukrzycą Dr Pavy w Londynie, laryngolog Doc. Ostino w Turynie, Dr Henryk Robowski w Czerniejewie (pow. gnieźnieński).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. października 1911 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Kozłowski: O metodzie wstrzykiwań salwarsanu. 2) Dyskusya nad odczytem Prof. Krzyształowicza. 3) Prof. N. Cybulski: Prądy czynnościowe w mięśniach.